Nr. 47. 18. listopada 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr. Jakób ROTHFELD. Lwów.

O pleocytozie w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach nowotworów mózgu.

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. J. K.

Dokończenie.

II. Przypadki guzów mózgu z normalnym płynem mózgowo-rdzeniowym.

Przypadek 12. G. M. przyjęty 26. XI. 1932, zmarł 11. XII. 1932. (Nr. hist. chor. 512). Nakłucie lędźwiowe 27. XI. 1932, limf. 2/3, leuk. 3/3, Nonne +, Pandy +, Wassermann ujemny, odczyn z chlorkiem złota ujemny. Sekcyjnie: guz w dolnej części lewego płatu ciemieniowego wielkości małego orzecha włoskiego, dochodzący do kory mózgowej, częściowo rozpadający się. Histologicznie: mięsak wychodzący z opony miękkiej; ściany komory są niezmienione. Liczne ogniska rozpadu, wybroczyny większe i mniejsze, a w ich najbliższem sąsiedztwie ogniska limfocytów i leukocytów, nagromadzonych w znacznej ilości, często około naczyń.

Przypadek 13. M. K. Przyjęty 18. IV. 34, zmarł 1. VI. 1934. (Nr. hist. chor. 176). Nakłucie lędźwiowe 21. IV. 1934, ciśnienie 140 mm, limf. 3/3, Nonne 0, Pandy 0, Wassermann 0, z chlorkiem złota 0. Nakłucie drugie 30. IV. 1934: Limf. 3/3, Nonne +, Pandy ++, z chlorkiem złota ujemny. Sekcyjnie: nowotwór bardzo wielkich rozmiarów w lewej półkuli mózgu, sięgający od zwojów podstawnych poprzez trzon mózgu, zajmując cały *tegmen pedunculi cer.* po stronie lewej, poprzez most Varola, gdzie wrasta także ku stronie prawej mostu; dochodzi do dna czwartej komory. Nowotwór zajmuje ścianę komory bocznej i ścianę czwartej komory. Histologicznie *glioblastoma multiforme.* Liczne ogniska martwicze, krwotoki i nacieki limfocytarne. W skrawku ze ściany komory czwartej stwierdza się jeden większy naciek złożony z leukocytów.

Przypadek 14. T. R. Przyjęty 28. XII. 1932, zmarł 10. III. 1933. (Nr. hist. chor. 562). Nakłucie lędźwiowe 30. XII. 1932. Ciśnienie 185 mm; limf. 6/3, Nonne 0, Pandy +, z chlorkiem złota ujemny. Dookoła wodociągu Sylwjusza stwierdza się tkankę nowotworową, przechodzącą bez ostrzejszej granicy w utkanie prawidłowe. Histologicznie: *glioma protoplasmaticum.* Brak rozpadu, nacieków i krwotoków.

Przypadek 15. M. J. Przyjęty 29. XI. 1931, zmarł 27. I. 1932. Nakłucie lędźwiowe 7. XII. 1931: Ciśnienie mierne, limf. 9/3, Nonne 0, Pandy +. Sekcyjnie: torbiel o ścianach nowotworowo zmienionych, sięgająca od powierzchni tylnego zwoju środkowego *(gyrus centralis posterior)* wgłąb ku kolanu spoidła *(genu corporis callosi);* samo spoidło jest nowotworowo nacieczone. Histologicznie: *astrocytoma protoplasmaticum.* Ściana komory bocznej nowotworowo zmieniona. Na niektórych skrawkach widoczne są ogniska martwicze, drobne krwotoki, nacieków brak.

Przypadek 16. M. W. Przyjęty 20. V. 1932, zmarł 27. V. 1932. (Nr. hist. chor. 292). Nakłucie lędźwiowe 21. V. 1932: Ciśnienie średnie, limfocytów 6/3, leuk. 5/3, Nonne 0, Pandy ++, Wassermann i z chlorkiem złota ujemny. Sekcyjnie: nowotwór w lewym płacie skroniowym, dochodzący do namiocika móżdżka *(tentorium cerebelli),* niemający styczności ze ścianą komory. Nowotwór dochodzi do podstawy mózgu, niszcząc korę mózgową. Histologicznie: *glioblastoma multiforme.* Miejscami są wybitne zmiany martwicze, rzadkie nacieki limfocytarne okołonaczyniowe. Na oponach mózgowych nacieki limfocytarne; same opony są również nowotworowo nacieczone.

Przypadek 17. M. L. Przyjęty 18. V. 1932, zmarł 5. VI. 1932. (Nr. hist. chor. 283). Nakłucie lędźwiowe 20. V. 1932, limf. 9/3, Nonne ujemny, Pandy +, Wassermann ujemny, odczyn z chlorkiem złota ujemny. Sekcyjnie: guz w prawej torebce wewnętrznej, przechodzący na zwoje podstawowe, niedochodzący jednak ani do komory, ani do powierzchni mózgu. Histologicznie *glioblastoma multiforme.* Brak rozpadu tkanki nowotworowej, brak nacieków.

Przypadek 18. G. G. Przyjęta 11. IV. 32, zmarła 18. IV. 32. (Nr. hist. chor. 206). Nakłucie lędźwiowe 13. IV. 1932. Ciśnienie wzmożone, limf. 12/3, Nonne 0, Pandy +, Wassermann ujemny, odczyn z chlorkiem złota ujemny. Na sekcji: guz olbrzymich rozmiarów w prawej półkuli mózgu. Nowotwór bez objawów zapalnych, ostro odgraniczający się od otoczenia, nie dochodzi do komory, ani do powierzchni mózgu. Od komory nowotwór jest oddzielony wąskim pasem niezmienionej tkanki mózgowej. Histologicznie: *oligodendroglioma.*

Przypadek 19. M. E. Przyjęty 1. III. 1932, zmarł 20. III. 1932. (Nr. hist. chor. 125). Nakłucie lędźwiowe 3. III. 1932. Ciśnienie średnie, limf. 12/3, leuk. 4/3, Nonne, Pandy, Wassermann, odczyn z chlorkiem złota ujemne. Na sekcji: nowotwór torebki wewnętrznej po stronie prawej, przechodzący częściowo na wzgórek wzrokowy i jądro soczewkowate, niedochodzący jednak do komory bocznej ani do powierzchni mózgu. Świeży krwotok do tkanki nowotworowej. Histologicznie: naczyniak jamisty *(haemangioma cavernosum).*

Przypadek 20. R. P. Przyjęta 8. V. 1931, zmarła 17. V. 1931. (Nr. hist. chor. 303). Nakłucie lędźwiowe 16. V. 1931. Ciśnienie 320 mm, limf. 7/3, Nonne ++, Pandy ++, odczyn z chlorkiem złota 1112211111. Na sekcji: duży *tumor* w płacie skroniowym, ostro odgraniczony, dochodzący miejscami od podstawy do powierzchni mózgu, nie dochodzi jednak do komór. Histologicznie: mięsak czerniaczkowy *(melanosarcoma)* z krwotokami do tkanki nowotworowej. Objawów rozpadu lub nacieków niema.

Przypadek 21. M. Sch. Przyjęty 16. IV. 1929, zmarł 20. IV. 1929. (Nr. hist. chor. 138). Nakłucie lędźwiowe 17. IV. 1929: brak ciałek, Nonne ±, Pandy ++, odczyn z chlorkiem złota 2233321111. Sekcyjnie: w płacie czołowym lewym guz wielkości małego orzecha włoskiego, niedochodzący do powierzchni, ani do komór, dobrze odgraniczony, dający się z łatwością wyjąć. Histologicznie: gruczolakorak *(adenocarcinoma);* gdzieniegdzie są ogniska martwicze i nacieki drobnokomórkowe około naczyń.

Przypadek 22. A. B. Przyjęty 29. I. 1932, zmarł 31. I. 1932. (Nr. hist. chor. 72). Nakłucie lędźwiowe 31. I. 1932. Ciśnienie średnie, limf. 6/3, Nonne —, Pandy ++, Wassermann ujemny, odczyn z chlorkiem złota ujemny. Guz sfery ruchowej prawej, drążący w głąb ku płatowi czołowemu, sięga ku przodowi do wysokości kolana spoidła, ku tyłowi kończy się na wysokości *corp. mamill.,* do komór nie dochodzi. Na powierzchni mózgu w sferze ruchowej kora mózgowa zupełnie zniszczona i zrośnięta z powierzchnią mózgu. Histologicznie: *fibrosarcoma durae matris,* brak objawów rozpadu, krwotoków lub nacieków.

Przypadek 23. W. Z. Przyjęta 5. I. 1931, zmarła 1. II. 1931. (Nr. hist. chor. 11). Nakłucie lędźwiowe 8. I. 1931: Płyn zupełnie ujemny. Sekcyjnie: na granicy płatu czołowego, skroniowego i ciemieniowego guz wychodzący z opony twardej, wciskający się w głąb mózgu, dający się z łatwością wyjąć; do komory nie dochodzi. Histologicznie: śródbłoniak opony twardej *(endothelioma);* objawów zapalnych brak.

Przypadek 24. S. B. Przyjęta 1. I. 1932, zmarła 11. I. 1932. (Nr. hist. chor. 1). Nakłucie lędźwiowe 2. I. 1932. Ciśnienie 180 mm, limf. 8/3, Nonne +, Pandy ++, chl. złot. 233334222. Dwa małe nowotwory wrastające z opony twardej w lewy płat czołowy i dające nowotworowe nacieczenie substancji mózgowej. Histologicznie: *carcinoma metastat.*

III. Przypadki nowotworów mózgu z „płynem uciskowym".

Przypadek 25. D. M. Przyjęty 9. X. 1929, zmarł 31. X. 1929. (Nr. hist. chor. 270). Nakłucie lędźwiowe 13. X. 1929. Ciśnienie duże, limf. 1/3, Nonne +++, Pandy ++++, Wassermann ujemny, z chlorkiem złota ujemny. Sekcyjnie: guz zajmujący spoidło wielkie w przedniej części i przechodzący na obie półkule, zwłaszcza na prawą i sięgający ku przodowi mniejwięcej do wysokości kolana spoidła wielkiego; ku tyłowi widoczne jest utkanie nowotworowe w obu półkulach mózgowych, zajmuje ono po prawej zakręt sklepienny *(gyrus fornicatus)* i jego najbliższe sąsiedztwo, po lewej zajmuje środek płatu. Tylna granica nowotworu leży w ogonie spoidła wielkiego. Nowotwór wrasta do komory prawej od góry; obie komory są uciśnięte. Histologicznie: *glioblastoma multiforme,* ściana komory nowotworowo zmieniona; tuż pod wyściółką naczynia krwionośne przekrwione, drobne

krwotoki, ogniska martwicze, dość liczne nacieki leukocytarne, gdzieniegdzie widać połączenia tych ognisk z światłem komory.

Przypadek 26. K. B. Przyjęta 12. IV. 1934, zmarła 26. VI. 1934. (Nr. hist. chor. 163). Nakłucie lędźwiowe 14. IV. 1934. Ciśnienie wzmożone, limf. 7/3, leuk. 2/3, Nonne 0, Pandy ++++, z chlorkiem złota 111332111. Sekcyjnie: guz zajmujący płat czołowy prawy, niewrastający do komory bocznej. Histologicznie: *Glioblastoma multiforme.* Nacieki limfocytarne i leukocytarne wyraźne, ogniska martwicze.

Przypadek 27. G. F. Przyjęta 21. XII. 1932, zmarła 18. II 33. (Nr. hist. chor. 559). Nakłucie lędźwiowe 28. XII. 1932: limf. 6/3, Nonne ++, Pandy ++++, Wassermann ujemny, z chlorkiem złota 223331111. Sekcyjnie: guz wielkości jaja kurzego w lewej wyspie Reila, sięgający od kory aż do rogu przedniego komory bocznej. Guz sięga ku przodowi do wysokości kolana spoidła wielkiego, ku tyłowi do torebki wewnętrznej. Histologicznie: *glioblastoma multiforme,* ściana komory nowotworowo zmieniona, sama wyściółka jeszcze dość dobrze zachowana; brak rozpadu, nieliczne nacieki limfocytarne około naczyń.

Przypadek 28. E. Ł. Przyjęty 20. X. 1933, zmarł 6. XII. 1933. (Nr. hist. chor. 407). Nakłucie lędźwiowe 30. X. 1933, ciśnienie 140 mm, limf. 8/3, Nonne ++, Pandy +++, Wassermann ujemny, z chlorkiem złota 344443331. Sekcyjnie: w dolnej części lewego płatu ciemieniowego guz wielkości orzecha włoskiego, niedochodzący ani do powierzchni, ani do komory. Histologicznie: *glioblastoma multiforme;* rozległe ogniska martwicze.

Przypadek 29. M. Sch. Przyjęty 27. IV. 1934, zmarł 14. V. 1934. (Nr. hist. chor. 193). Nakłucie lędźwiowe: 28. IV. 1934, ciśnienie niskie, płyn ksantochromowy, ilość ciałek 10/3, z tego limf. 5/3, leuk. 5/3. Nonne +, Pandy +++, Wassermann ujemny, odczyn z chlorkiem złota 11122111. Sekcyjnie: guz płatu skroniowego i czołowego, dochodzący do podstawy i niszczący zupełnie korę mózgową, do komory nie dochodzi. Histologicznie: *glioblastoma multiforme;* ściana komory niezajęta, na niektórych skrawkach widoczne są ogniska martwicze, nacieków limfocytarnych i leukocytarnych brak.

Przypadek 30. G. R. Przyjęta 26. X. 1931, zmarła 18. XI. 1931. (Nr. hist. chor. 476). Nakłucie lędźwiowe 6. XI. 1931, ciśnienie 170 mm, ilość ciałek 12/3, z tego 9/3 limf., 3/3 leuk., Nonne +, Pandy +++, Wassermann ujemny, z chlorkiem złota 33343222. Sekcyjnie: dwa małe ogniska nowotworowe, jedno wielkości połowy orzecha włoskiego, drugie wielkości grochu w lewym płacie czołowym, nie dochodzą do komór, natomiast zajmują powierzchnię mózgu. Histologicznie: *spongioblastoma.* Liczne ogniska martwicze z rozsianemi leukocytami; opony mózgowe nowotworowo nacieczone.

Zestawiając zmiany zapalne i wsteczne w tkance nowotworowej, stosunek guza do komór i do powierzchni mózgu ze zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym, możemy w materjale naszym odróżnić trzy grupy przypadków:

I. Przypadki z wybitnemi zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym, przyczem na plan pierwszy występuje mniej lub więcej wybitna pleocytoza; obok tego mamy wyraźne zmiany w odczynach białkowych i w odczynie koloidowym z chlorkiem złota (przypadek 1 — 11 włącznie).

II. Przypadki z zupełnie normalnym płynem mózgowo-rdzeniowym (przypadek 12—24 włącznie),

III. Przypadki z zespołem uciskowym w płynie mózgowo-rdzeniowym (przypadek 25—30 włącznie).

ad I. Odróżnić tu należy: a) nowotwory mózgu (przypadek od 1—9) i b) guzy w tylnej jamie czaszkowej (przypadek 10 i 11).

ad I a) Sekcja mózgu i badanie histologiczne tkanki nowotworowej wykazują we wszystkich tych przypadkach styczność nowotworu z systemem komorowym tak, że istnieje wprost komunikacja guza ze światłem komory. Dalszą ważną cechą jest wyraźny rozpad i objawy zapalne w samym nowotworze; i tak stwierdzamy tu rozległe ogniska martwicze, nacieki leukocytarne na tle zwyrodniałych komórek nowotworowych, gdzieniegdzie skupienia leukocytów w ogniskach martwiczych lub w sąsiedztwie świeżych lub starszych krwotoków, a nierzadko spotyka się je także około naczyń krwionośnych. Gdzieniegdzie są widoczne takie ogniska pod wyściółką komorową, a w rzadkich przypadkach widać, jak te ropnie niszczą samą wyściółkę i mają wprost bezpośrednie połączenie ze światłem komory (Ryc. 1 i 2). Obok tych nacieków ropnych stwierdza się w niektórych przypadkach nacieki limfocytarne, około naczyń krwionośnych. Wyjątek stanowi przypadek 9, w którym nie stwierdziliśmy w tkance nowotworowej ani zmian wstecznych ani zapalnych; tu jednak pleocytoza nie była znaczną, bo tylko 23/3 tak, że jest wątpliwem, czy przypadek ten należy zaliczyć do tej grupy; ze względu na to, że przyjęliśmy jako najwyższą prawidłową ilość ciałek 12/3, musieliśmy przypadek ten umieścić między przypadkami z pleocytozą. Drugim przypadkiem z wybitną pleocytozą, jednak bez objawów rozpadu i bez zmian zapalnych w nowotworze jest przypadek 5. W przypadku tym stwierdziliśmy obok ciałek białych liczne komórki nowotworowe w płynie, które działając jako ciała obce, mogły wywołać odczyn oponowy i tem samem pleocytozę. *(Fremdkörpermeningitis).* I ten przypadek nie należy zatem ściśle do tej grupy.

ad I b) Są to dwa przypadki guzów w tylnej jamie czaszkowej zewnątrz móżdżka leżących; w przypadku 10 stwierdziliśmy znaczny rozpad tkanki nowotworowej, czego nie było w przypadku 11; te dwa przypadki wyłączyliśmy z poprzedniej grupy I a) z tego powodu, że, aczkolwiek wykazywały za życia pleocytozę w płynie, jednak nowotwory te nie miały styczności z komorami, leżały zewnątrzmóżdżkowo, a jeden z nich nie wykazywał zmian wstecznych w nowotworze.

ad II) Przypadki z normalnemi płynami musimy podzielić na dwa poddziały a) wewnątrzmózgowe (przypadek 12—21 włącznie) b) zewnątrzmózgowe (przypadek 22—24 włącznie).

ad II a) Na 10 przypadków stwierdziliśmy, że w 4 przypadkach niema styczności guzów z komorami i niema zmian zapalnych w nowotworze. Z pozostałych 6 przypadków stwierdzono wprawdzie w 3 przypadkach (przypadek 12, 16 i 21 daleko idące objawy rozpadu, nacieki limfocytarne, krwotoki i t. p., jednak nowotwór nie dochodził w tych przypadkach do komór. W jednym przypadku (przypadek 14) nowotwór zajmował ścianę wodociągu Sylwjusza, jednak nie stwierdzono tu zmian wstecznych, ani zapalnych w nowotworze. Odmiennie zachowuje się przypadek 13 i 15, w których nowotwór wrastał do komory bocznej, a badanie histologiczne wykazało zmiany wsteczne i zapalne, a mimo to płyn był normalny. Do tych przypadków powrócę.

ad II. b) Trzy przypadki guzów zewnątrzmózgowych, w których nie stwierdzono zmian wstecznych. Nowotwory te leżały na powierzchni mózgu w przeciwstawieniu do guzów zewnątrzmóżdżkowych grupy I b.

ad III) Na 6 przypadków z płynem uciskowym w 2 przypadkach nowotwór wrastał do komór (przypadek 25 i 27), a w jednym z nich (przyp. 25) widoczne były wyraźne objawy rozpadu, nacieki limfocytarne i leukocytarne, przebijające do światła komory. W pozostałych 4 przypadkach (26, 28, 29 i 30) brak połączenia guza z komorą, natomiast stwierdza się znaczny rozpad samego nowotworu.

Z przypadków grupy pierwszej, w której za życia stwierdzono wyraźną pleocytozę, dodatnie odczyny białkowe i zmiany w odczynie koloidowym, wynika, że dla tych przypadków charakterystycznem jest wrastanie nowotworu do komór i równoczesne objawy zapalne i wsteczne w tkance nowotworowej; w tych zmianach należy, zdaniem naszem, zgodnie z S c h a r p f f e m dopatrywać się przyczyny zmian w płynie w tych przypadkach. Jeżeli to przypuszczenie jest słuszne, że dla powstania pleocytozy konieczne jest spełnienie obu warunków, t. j. styczność guza z komorą i zmiany w tkance nowotworowej, to nie powinniśmy tych zmian stwierdzić w przypadkach z płynami normalnemi, względnie możemy w tych przypadkach znaleźć tylko jedną z tych dwóch zmian. Przypadki guzów mózgu z płynami normalnemi naogół potwierdzają słuszność tego przypuszczenia; widzimy tu, że w 4 przypadkach (przypadek 17, 18, 19 i 20) guz nie miał ani styczności z komorą, ani nie wykazywał zmian zapalnych lub rozpadu. W 3 przypadkach (przypadek 12, 16 i 21) istniały wprawdzie zmiany wsteczne i zapalne w nowotworze, jednak guz nie dotykał ściany komory. W jednym przypadku znowu (przypadek 14) guz zajmował ścianę wodociągu Sylwjusza, jednak nie wykazywał zmian wstecznych ani zapalnych. Niezgodne z tem wyniki dają przypadki 13 i 15, o których była już mowa. W obu przypadkach guz wrastał do komór, a w tkance nowotworowej przypadku 13 znaleźliśmy cechy histologiczne, charakterystyczne dla przypadków grupy I, a w przypadku 15 rozpad centralny, torbiel, tak, że z tych zmian patologicznych należałoby się spodziewać pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Tymczasem płyn był za życia zupełnie normalny. Ten odmienny wynik badania płynu w stosunku do zmian anatomicznych należy zdaniem naszem wytłumaczyć tem, że w przypadku 13 płyn był badany 32 dni, a w przypadku 15. 51 dni przed śmiercią, czyli że jest prawdopodobnem, że w chwili nakłucia lędźwiowego nie było jeszcze tych zmian, które stwierdzono histologicznie po śmierci, a które, naszem zdaniem, warunkują powstawanie pleocytozy w płynie *).

---

*) Odnośnie do przypadku 15 jest jeszcze możliwe inne wytłumaczenie; ścianę torbieli stanowi nowotwór, w którym nie stwierdzamy ani objawów rozpadu ani zmian zapalnych tak, że mimo centralnego rozpadu guza, który doprowadził do wytworzenia torbieli nie przyszło do pleocytozy, ponieważ na powierzchni zwróconej do komory nie było zmian zapalnych ani rozpadu.

Nie ulega wątpliwości, że większość guzów mózgu, zwłaszcza gleJaki, ulegają procesom wstecznym, jednak dopiero wtedy, gdy guz taki wrasta do komory, mogą produkty rozpadu guza wpływać na skład płynu, albo, co zgodnie z Scharpffem uważamy za prawdopodobniejsze, leukocyty przechodzą wprost z ognisk zapalnych, limfocytarnych lub leukocytarnych do płynu mózgowordzeniowego. Przedewszystkiem będą tu miarodajne nacieki limfoi leukocytarne umiejscowione na powierzchni guza, zwróconej do światła komory. Wynik badania płynu zależy od tego, czy nakłucie wykonywa się właśnie w czasie, kiedy ogniska te przebijają do światła komory, względnie, kiedy leukocyty przeszły przez ścianę komory. Jeżeli upłynie dłuższy czas od nakłucia do śmierci, jak w przypadku 13 i 15, to niema podstawy do twierdzenia, że zmiany stwierdzone po śmierci istniały już w czasie nakłucia, że tego rodzaju zmiany nie wpływają zatem na skład płynu, i że w takich przypadkach płyn może być prawidłowy. Miarodajne dla oceny stosunku składu płynu do zmian histologicznych i umiejscowienia guza są te przypadki, w których nakłucie lędźwiowe wykonane było krótko przed śmiercią. Mamy w naszym materjale przypadki, w których od ostatniej punkcji do śmierci upłynęło tylko kilka dni, i tak w przypadku 1, 16, 18 dwa dni, w przypadkach 2 i 21 trzy dni, w przypadku 5 cztery dni, w przypadku 22 kilka godzin, w przypadku 20 jeden dzień. Z tych przypadków można wnosić, że danym zmianom histologicznym i danemu umiejscowieniu guza odpowiada płyn o pewnym składzie. Nie rozporządzamy dotychczas przypadkiem, w którymby płyn pobrany krótki czas przed śmiercią był normalny, a badanie pośmiertne wykazało, że guz wrasta do komory, a w tkance nowotworowej istniały zmiany zapalne i wsteczne. Póki takiego przypadku nie znamy, uważamy za uzasadnione przypuszczenie, że pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu nowotworu mózgu odpowiada wrastaniu guza do komór bocznych przy równoczesnych objawach zapalnych i wstecznych w tkance nowotworowej.

To samo, cośmy powiedzieli o przypadku 13 i 15, odnosi się także do przypadku 25, w którym stwierdziliśmy płyn uciskowy, a badanie histologiczne wykazało nacieczenie nowotworowe w ścianie komory i nacieki leukocytarne przebijające do światła komory. Trudno sobie wyobrazić, żeby w tym przypadku, wobec komunikacji ogniska leukocytarnego ze światłem komory — stan zapalny analogiczny z obrazem stwierdzonym w przypadku 1. — nie było pleocytozy w płynie. Brak jej możemy wytłumaczyć tylko tem, że nakłucie lędźwiowe było wykonane 18 dni przed śmiercią; nie ulega dla nas wątpliwości, że, gdybyśmy byli badanie płynu przeprowadzili na krótko przed śmiercią, to bylibyśmy stwierdzili zwiększoną ilość ciałek w płynie, tak jak to miało miejsce w przypadku 1.

Niektórzy autorowie przyjmują, że pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu nowotworów mózgu powstaje, jeżeli nowotwór zajmuje powierzchnię mózgu i opony mózgowe. Z zestawienia Smitha natomiast wynika, że na 55 przypadków, w których nowotwór wewnątrzmózgowy rozrastał się ku powierzchni i zajmował opony mózgowe, tylko w 15 przypadkach była pleocytoza. Na podstawie naszego materjału sekcyjnego możemy stwierdzić, że w 4 przypadkach nowotwór wewnątrzmózgowy zniszczył zupełnie powierzchnie mózgu, a mimo to płyn był normalny (przyp. 12, 15, 16 i 20). Także nowotwory z opon wychodzące mogą nie dawać pleocytozy (przyp. 22, 23 i 24). Naszem zdaniem zajęcie powierzchni mózgu przez nowotwór nie ma wpływu na powstawanie pleocytozy w płynie. Tu musimy zwrócić uwagę na pewien szczegół, którego spowodu szczupłości materjału nie możemy narazie wytłumaczyć, a mianowicie, że w 2 przypadkach guzów w tylnej jamie czaszkowej, guzów zewnątrzmóżdżkowych mieliśmy wybitną pleocytozę (przyp. 10 i 11). Może położenie guza w tylnej jamie czaszkowej odgrywa tu pewną rolę.

Obok powiększenia ilości ciałek stwierdzono w płynie przypadków grupy II. wyraźnie dodatnie odczyny białkowe, zwłaszcza odczynu Pandy'ego i wyraźnie dodatni odczyn koloidowy z chlorkiem złota.

Zmiany w odczynie koloidowym z chlorkiem złota w przebiegu nowotworów mózgu są znane; występują one albo pod postacią odbarwienia w średnich rozcieńczeniach (Kafka, Ayala i Pisani, Lange) albo w postaci krzywej kiłowej (Guilain, Laroche et Lachelle*), Mandelboim, Pisani i de Sanctis*) i inni). W naszych 39 przypadkach z pleocytozą w płynie stwierdziliśmy 29 razy patologiczny odczyn koloidowy z chlorkiem złota, z tego 4 razy miała krzywa charakter luetyczny, a w innych odbarwienie dotyczyło rozcieńczeń średnich. Nie można było w tych przypadkach stwierdzić równoległości między stopniem nasilenia zmian w odczynie koloidowym a ilością ciałek lub odczynami Nonne'go i Pandy'ego. I tak np. widzimy w przypadku 10 ujemny odczyn z chlorkiem złota przy dużej ilości ciałek, natomiast przy powtórnem nakłuciu lędźwiowem w tymże samym przypadku dodatni odczyn przy zmniejszonej ilości ciałek a wybitniejszym odczynie Pandy'ego. W przypadku 1. krzywa się pogłębia ze wzrostem ilości ciałek mimo niezmienionych odczynów białkowych. Brak równoległości występuje jeszcze wyraźniej w przypadku 5. Patologiczny odczyn koloidowy stwierdzamy także i w płynach uciskowych, a więc tam, gdzie ilość ciałek nie jest powiększona; w naszym materjale stwierdziliśmy na 31 przypadków z płynem uciskowym 19 razy patologiczne odczyny z chlorkiem złota. Również, choć znacznie rzadziej, stwierdza się podobne zmiany w płynach zupełnie prawidłowych (na 71 przypadków z płynem normalnym mieliśmy 7 razy odczyn koloidowy zmieniony). Te fakty przemawiają tem bardziej za niezależnością odczynów koloidowych od odczynów Pandy'ego, względnie Nonne'ego i od ilości ciałek. Prawdopodobnem jest, że wraz z przejściem ciałek z ognisk zapalnych do płynu przedostają się ciała, powodujące zmiany w odczynie koloidowym i w odczynach białkowych.

Wspomniałem na wstępie, że pleocytoza w płynie mózgowordzeniowym w przypadkach nowotworu mózgu może nasunąć pewne trudności rozpoznawcze w odróżnieniu od ropnia lub od spraw zapalnych na oponach. W piśmiennictwie nierzadko spotykamy przypadki mylnego rozpoznania (Merrit i Moore, Cohn, Korbsch i Holthaus). W naszym przypadku 1. wykluczyliśmy ropień mózgu na tej podstawie, że przy pierwszej punkcji przeważały limfocyty, a dopiero później wystąpiła przewaga leukocytów, co nie odpowiada przebiegowi ani ropnia ani zapalenia opon mózgowych. Musimy jednak zaznaczyć, że niezawsze limfocytoza poprzedza leukocytozę; i tak Scharpff stwierdził najpierw leukocytozę a potem limfocytozę, dopatrując się w tem pewnej analogji w przebiegu t. zw. zapaleń wtórnych, opisanych przez Spielmayera. W przyp. 5. stała przewaga leukocytów zdawała się przemawiać za sprawą ropną i z tego powodu, opierając się na innych objawach klinicznych rozpoznaliśmy ropień móżdżka. W przypadku tym stwierdziliśmy już po sekcji w preparatach uzyskanych z osadu płynu mózgowo-rdzeniowego komórki nowotworowe, których nie zauważyliśmy przedtem. Jest to wskazówką, aby w każdym przypadku pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu nowotworu mózgu dokładnie badać osad z płynu; wykrycie komórek nowotworowych rozstrzygnie o rozpoznaniu. Leukocytoza we krwi nie ma, naszem zdaniem, większego znaczenia w różniczkowem rozpoznaniu, gdyż także w niektórych przypadkach guzów mózgu stwierdza się obok pleocytozy w płynie także leukocytozę we krwi. Widzimy zatem, że trudności rozpoznawcze mogą być wielkie, a czasami ustalenie rozpoznania niemożliwe. Ogólne objawy, przebieg, wykrycie miejsca wyjścia dla ropnia lub ropnego zapalenia opon, porównanie zachowania się pleocytozy przy kilkakrotnych, po sobie następujących nakłuciach lędźwiowych, dokładne badanie osadu, badanie bakterjologiczne płynu mogą się przyczynić do wyjaśnienia rozpoznania.

E. Cohn sądzi, że w przypadkach guzów, pozostających w związku z systemem komorowym, względnie z przestrzenią podpajęczynówkową, objawy ogólne nowotworu mózgu, zwłaszcza zmiany na dnie oka, są mało zaznaczone, natomiast stwierdza się wybitne zmiany zapalne w płynie mózgowo - rdzeniowym i we krwi i że przypadki te szybko kończą się śmiercią. Na podstawie naszego materjału możemy stwierdzić, że leukocytoza we krwi nie jest stałym objawem w przypadkach pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym przy nowotworach mózgu (dla braku miejsca nie przytoczyliśmy wyników badania krwi, które prawie we wszystkich przypadkach było przeprowadzone). Co się tyczy objawów ogólnych i przebiegu, to porównanie naszych przypadków, w których stwierdziliśmy pleocytozę w płynie, z przypadkami, w których płyn był normalny, nie wykazuje różnic, ani pod względem zmian na dnie oka, ani pod względem czasu trwania choroby.

Na podstawie naszych rozważań dochodzimy do wniosku, że pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu nowotworów mózgu nie należy do rzadkości, gdyż zdarza się w 27.6% przypadków. Uwzględniając umiejscowienie guza, oraz zmiany zachodzące w samej tkance nowotworowej, przyjmujemy, że do powstania pleocytozy w płynie koniecznem jest, aby guz wrastał do jednej z komór mózgowych i aby jednocześnie w tkance nowotworowej istniały zmiany zapalne i wsteczne. Istnienie tylko jednego z tych dwóch warunków nie prowadzi do pleocytozy. Również nie prowadzi do pleocytozy wrastanie guza do przestrzeni podpajęczynówkowej i zajęcie opon mózgowych. Wyjątek stanowią guzy zewnątrzmóżdżkowe. Dla celów klinicznych możemy z naszych przypadków narazie wysnuć tylko jeden wniosek: stwierdzenie wybitnej pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym

---

*) cyt. według Ayala i Pisani.

w przebiegu nowotworu mózgu upoważnia do przyjęcia, że nowotwór ma styczność z systemem komórkowym i że w nowotworze toczy się proces zapalny i rozpadowy, z zastrzeżeniem, że nie mamy do czynienia z guzem zewnątrzmóżdżkowym. Z płynu normalnego lub ze zespołu uciskowego w płynie nie możemy narazie żadnego wniosku wysnuć.

Zdajemy sobie dokładnie sprawę z tego, że przytoczona próba tłumaczenia pochodzenia pleocytozy potwierdza się tylko w pewnej grupie przypadków, podczas gdy w innych nie wyjaśnia pochodzenia zmian w płynie. Ważnem wydaje nam się rozstrzygnięcie pytania, czy pleocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym jest objawem stałym, czy przemijającym. Teoretyczne rozważania przemawiają raczej za tem, że pleocytoza jest objawem przemijającym. Albowiem wyobrażamy sobie, zgodnie z Scharpffem, że pleocytoza jest wynikiem bezpośredniego przejścia do płynu mózgowo-rdzeniowego limfocytów względnie leukocytów z nacieków, znajdujących się na powierzchni guza i przebijających do komory. Skoro takie ognisko ulegnie martwicy, można potem nie stwierdzić więcej wzmożonej ilości ciałek, aż znowu się wytworzy w innem miejscu naciek limfocytów względnie leukocytów i przebije do komory. Należałoby w tych przypadkach przeprowadzać częściej badania płynu, o ile stan chorego na to pozwoli. Częste punkcje mogą, jeżeliby się pokazało, że pleocytoza jest objawem przejściowym, ustalić przebieg i zejście tej pleocytozy; możliwe, że po zniknięciu pleocytozy płyn wykaże pewne zmiany w postaci zwiększonej ilości białka lub w postaci dodatnich odczynów koloidowych. Może zwiększona ilość białka w przypadkach guzów wrastających do komór (Grenfield i Carmichael) lub zmiany w odczynie koloidowym bez wyraźniejszych zmian w ilości ciałek lub białka są zejściem, względnie pozostałością po pleocytozie. W tym kierunku zwrócone powinny być dalsze badania.

Jeżeli dla prób tłumaczenia pochodzenia zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym mamy się opierać na zestawianiu wyników badań płynu ze zmianami anatomo-patologicznemi (umiejscowienie guza, zmiany w tkance nowotworowej), to należałoby najpierw ustalić, czy rzeczywiście pewnemu umiejscowieniu guza i pewnym zmianom, zachodzącym w samym nowotworze, odpowiadają pewne zmiany w składzie płynu mózgowo-rdzeniowego. W tym celu należałoby, naszem zdaniem, sekcje przypadków guzów rozpoczynać od badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który powinien być pobrany możliwie najrychlej po śmierci. Będzie to zadaniem naszych dalszych badań, które z jednej strony będą kontrolą naszych dotychczasowych wniosków, z drugiej strony przyczynią się może do wyjaśnienia różnorodności składu płynu w przebiegu nowotworów mózgu.

Piśmiennictwo:

1) Sergent, Ribadeau, Dumas et Babonneix. Traité de path. méd. etc. 1921. — 2) Le liquide céph.-rach. norm. et path. etc. Paris. 1912. — 3) Cerebrospinal fluid in health a. in dis. London 1923 (cyt. wg. Smitha). — 4) Syphilis u. Nervensystem. Berlin 1915. — 5) Die Lumbalpunktion. Berlin 1909. — 6) Deutsche Z. f. Nervhlk. 124. 1932. — 7) cyt. wg. Ayala i Pisani. — 8) Riv. speriment. di frenetria. Vol. L. Fasc. I—II. 1926. 9) Deutsche Z. f. Nervhlk. 82. 1924. — 10) Revue Neur. 1924. — 11) Jour. Nerv. Ment. Dis. 1923. — 12) Amer. Jour. Psych. 1925 (cyt. wg. Merrit i Moore'a). — 13) Arch. suiss. de neur. XIII. 1923, (cyt. wg. Ayala i Pisani). — 14) Deutsche Z. f. Nervhkd. 89. 1926. — 15) Deutsche Z. f. Nervhkd. 96. 1927. — 16) The Jour. of Neur. a. Psych. X. 1929. — 17) Arch. of Neur. a. Psych. Vol. 21, 1929. — 18) Jour. of. Neur. 13. 1932. — 19) Z. Neur. 126. 1930. — 20) Ueber entzündungsähnliche Zustandsbilder bei Tumoren des Gehirns (Inaug.-Diss. Berlin 1933). — 21) Neurologja Polska. XIV. 1931. — 22) Arch. f. Psych. 100. 1933.

Dr. Bolesław LECEWICZ. Nowy Targ.

Postępowanie pooperacyjne w niektórych przypadkach schorzeń jamy brzusznej i powłok brzusznych.

Ze Szpitala Powszechnego w Nowym Targu.

Mimo olbrzymiego postępu wiedzy lekarskiej na polu leczenia pooperacyjnego, utrzymują się jeszcze niektóre poglądy, wprawdzie drugorzędne, ale przecież dla operowanych nieobojętne. Do rzędu tego rodzaju poglądów należy zasada pozostawiania operowanych spowodu schorzeń w jamie brzusznej przynajmniej tydzień w zupełnym spokoju, w łóżku. Wprawdzie w ostatnich czasach odzywają się głosy przeciw tej zasadzie, np. Drüner wspomina, że jego operowani spowodu przepukliny wstają na drugi dzień po operacji *(Centrbl. f. Chir.* 1934, 24), ale, sądząc z dostępnego mi piśmiennictwa, wnoszę, że przeważna część chirurgów trzyma się jeszcze dawnej zasady.

Czy zasada ta jest słuszna?

Postępowanie bezgnilne przy operacjach doprowadzono do możliwych granic doskonałości i za czysty przebieg po operacji w przypadkach niezakażonych możemy ręczyć prawie napewne.

W znikomej ilości nieprzewidzianych powikłań można dość wcześnie przewidzieć grożące niebezpieczeństwo i w odpowiedniej chwili wydać stosowne zarządzenia co do zachowania się operowanego.

Technika zespajania tkanek znacznie postąpiła, wiemy, jakiego materjału należy użyć najlepiej do zespajania rozmaitego rodzaju tkanek, i jak należy szyć, aby odtworzyć warunki zbliżone do fizjologicznych. Wiemy przecież, że operowani, ułożeni na tydzień w łóżku, mimo polecenia, nie zachowują prawie nigdy idealnego spokoju, że wykonują czynności odruchowe, np. kaszlą, do czego właśnie może przyczyniać się zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. Praca mięśni brzusznych przy takich odruchach jest większa i niebezpieczniejsza dla całości szytej rany, niż podczas świadomych, opanowanych ruchów, np. podczas chodzenia.

Po dokładnem rozważeniu wymienionych czynników, zdając sobie sprawę z wartości zasady, że ideałem naszym powinno być postawienie operowanego najrychlej po operacji w warunki zbliżone do normalnych, pozwoliłem sobie myśl tę zrealizować i w 60 przypadkach niektórych schorzeń w jamie brzusznej i powłok brzusznych zastosować jaknajwcześniesze wstawanie operowanych.

Zastosowałem pewne zasady techniczne postępowania operacyjnego, które okazały się korzystne w przedstawionych przypadkach.

Otrzewną ścienną, zwłaszcza w miejscach narażonych na większe napięcie, szyję grubym katgutem Nr. 3 lub 4. Powięź szyję katgutem Nr. 4, szwem ciągłym, uważając, aby brzegi powięzi stykały się na całej długości swą powierzchnią. Dalsze warstwy spajam w kilku piętrach szwami ciągłemi, tkankę tłuszczową spajam szwem ciągłym z katgutu Nr. 0, przyczem szew ten dociągam tylko słabo, aby napewne uniknąć choćby częściowego obumarcia tej tkanki, źle unaczynionej i nieznoszącej ucisku. Podskórną tkankę łączną spajam szwem ciągłym z katgutu Nr. 00. Na skórę zakładam szew materacowy jedwabny Nr. 00, mało naciągnięty, który ma za zadanie utrzymać brzegi skóry w odpowiedniej pozycji przez czas dłuższy.

Ten sposób zakładania szwu piętrowego ma za zadanie także zapobiegać tworzeniu się przestrzeni wolnych, szpar w tkankach, w których mogłaby się zbierać wydzielina surowicza lub krew. Nie mogę się bowiem zgodzić na zapatrywanie, jakie niedawno wygłosił Riese *(Centrbl. Chir.* 1934. Nr. 23), jakoby podskórny krwiak był mniej skłonny do zropienia, niż ścisły szew lub podwiązki, tylko byle szew nie zaciskał za mocno, a podwiązki nie chwytały za grubych pasem tkanki.

W niektórych przypadkach ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, w których nie dało się uniknąć zanieczyszczenia rany powłok, zakładam zamiast szwów ciągłych szwy węzełkowe, starając się, aby tworząca się ewentualnie wydzielina miała swobodny odpływ nazewnątrz. Ropnie w małej miednicy sączkuję. Przestrzegam zasady dokładnego pokrycia otrzewną każdej powierzchni rannej w jamie brzusznej, aby uniknąć zrostów. Pokrywam też otrzewną kikuty podwiązanych naczyń, zapobiegając tem najlepiej niebezpieczeństwu zesunięcia się podwiązek.

Do szycia kanału, w przypadkach przepuklin, używam nici florenckich, przyczem, licząc się z skłonnością rozwiązywania się węzłów tego sztywnego materjału, wiążę nici na dwa lub trzy węzły. Przepukliny pachwinowe operuję sposobem Bassini'ego; kikut worka podciągam i wszywam pod powięź; ranę w ścianie brzusznej zespajam warstwowo, jak to opisałem wyżej.

Opatrunek mastisolowy, obejmujący szeroko całą okolicę rany i dobrze założona opaska kalikotowa spełniają rolę pasa ortopedycznego.

Operowani spowodu przepukliny wolnej w znieczuleniu miejscowem, wstają w godzinę lub kilka godzin po operacji i chodzą przy pomocy pielęgniarki; operowani w znieczuleniu ogólnem mogą opuszczać łóżko po kilkunastu godzinach i przechadzać się przy pomocy pielęgniarki. Od następnego dnia pozostawiam swobodę chodzenia, siedzenia lub leżenia, przyczem dawkowanie ruchu jest indywidualizowane. Operowani spowodu przepukliny uwięźniętej, spowodu zapalenia wyrostka robaczkowego ostrego lub przewlekłego bez burzliwych objawów ogólnych, operowani spowodu guza w jamie brzusznej np. torbieli jajnikowej lub ciąży pozamacicznej niepękniętej, chodzą od dru-

giego, trzeciego lub czwartego dnia, jak to przedstawia załączona tablica operowanych przypadków.

Z przedstawionych przypadków grupy drugiej zasługuje na uwagę przypadek, odnoszący się do osobnika 77-letniego ze zmianami miażdżycowemi, ze znaczną rozedmą płuc, u którego wczesne, bo w drugim dniu po operacji, wstanie z łóżka i chodzenie wpłynęło korzystnie na ustąpienie rozwijających się zapalnych zmian w płucach. Piątego dnia po operacji chory chodził swobodnie po korytarzu, siódmego dnia opuścił szpital, do dzisiaj żyje bez wystąpienia nawrotu.

Podwyższenie ciepłoty u chorych w rubryce pierwszej i trzeciej u kilku operowanych powstało w związku ze zmianami nieżytowemi w płucach, które szybko ustąpiły. Zapalne zmiany w płucach oraz wessanie wysięku w jamie brzusznej spowodowały podwyższenie ciepłoty u niektórych chorych w rubryce czwartej. Czas pobytu chorych w szpitalu po operacji, szczególnie z rubryki pierwszej, mógł być ograniczony do tygodnia, gdyby chorzy ci mogli mieć dobre warunki u siebie w domu.

Poza 58 przypadkami objętemi zestawieniem, pozwolę sobie przytoczyć przebieg pooperacyjny u dwóch chorych operowanych w ostatnich dniach. Pierwszy dotyczy mężczyzny 31 letniego, ogólnie zdrowego, rolnika z zawodu, który przed trzema dniami przebył napad bólów w okolicy wyrostka robaczkowego. W ciągu następnych dni czuł się dobrze i oddawał się zwykłej pracy. Przed 12-stu godzinami dostał nagle gwałtownych bólów w jamie brzusznej, szczególnie po stronie prawej i wymiotów. Podczas natychmiast wykonanej operacji stwierdzono płyn mętny w jamie brzusznej, wyrostek wolny, obrzękły, w nim dwa kamienie kałowe, z tych jeden tkwił w ujściu, drugi w dnie wyrostka. Wyrostek wyciąłem, powłoki spoiłem warstwowo, ciepłota po operacji w dwanaście godzin podniosła się z 38° do 38,5°, tętno z 68 do 108.

Jako powód tego powikłania stwierdziło badanie zmiany nieżytowe w oskrzelikach. U chorego zastosowano kamfochinę i bańki. Następnego dnia, mimo że ciepłota wynosiła 38,8°, że jednak tętno opadło do 88, a jama brzuszna wolna była od wszelkich objawów zapalnych, posadzono chorego ciepło ubranego w fotelu i przeprowadzono kilkakrotnie po sali. Tegoż dnia pod wieczór ciepłota spadła do 36,8°, tętno do 68. Następnego dnia chory bez gorączki, dość dużo chodzi, a przy zmianie opatrunku, rozluźnionego sposobu zmniejszenia się brzucha, stwierdzono gojenie się rany rychłozrostem i małą tkliwość w okolicy rany pooperacyjnej.

Drugi przypadek dotyczy kobiety, liczącej lat 26, ogólnie zdrowej, która pierwszy raz w życiu przed 20 godzinami dostała silnych bólów w jamie brzusznej i wymiotów. Badaniem stwierdzono mierną bolesność w punkcie Mac-Burney'a, brzuch wzdęty, ciepłotę 37,5°, tętno 88, *per vaginam* lekkie powiększenie jajników. Podczas zabiegu wycięto wyrostek długi, ułożony poza kątnicą, pokryty wypociną włóknikową; w jamie brzusznej była mierna ilość płynu mętnego. Powłoki zaszyto warstwowo. Następnego dnia ciepłota od 37,2° do 37,8°, tętno od 105 do 108, podano środki nasercowe. Trzeciego dnia rano ciepłota 37,3°, tętno 86, pozwolono chorej wstać i chodzić w ciągu około pół godziny.

Rana podobnie jak w poprzednim przypadku, zgoiła się przez rychłozrost, a 7 dnia chora opuściła szpital.

Obserwacja operowanych i traktowanych w opisany sposób potwierdziła korzystne działanie ruchu, a więc pracy mięśni na narząd krążenia, na wentylację płuc, szybsze ustępowanie następstw po uśpieniu eterowem, a także na czynność przewodu pokarmowego. Żywszy ruch robaczkowy jelit, wywołany chodzeniem, może zapobiec wytwarzaniu się zlepów i zrostów w jamie brzusznej, a niewątpliwie może mieć wpływ korzystny zapobiegający tworzeniu się zakrzepów żylnych. Traktowanie takie przesuwa operowanych z grona poważniej chorych do kategorji lekko chorych, wywiera też korzystny wpływ na nastrój tych osób, przeświadczonych o swem zdrowiu.

Wyniki ostateczne są dobre, postępowanie takie skraca czas pobytu w szpitalu, ułatwia pracę pielęgniarską, a co najważniejsze skraca do minimum okres cierpienia. Uśmiech zadowolenia, zamiast grymasu cierpienia na twarzy tak traktowanego, jest najmilszą nagrodą dla lekarza, powołanego przecież przedewszystkiem do zmniejszania bólu bliźniego.

Poza 60 przypadkami, przedstawionemi dotychczas zasługuje na omówienie kilka następnych przypadków spośród dalszych 16, w tem 8 laparotomij, 1 nefropeksja *(modo Simon)* i 7 herniotomij, traktowanych w podobny sposób po operacji. Obserwacje poczynione na dwu przypadkach potwierdzają przypuszczenie, że wczesny ruch po operacji, a w związku z tem zbliżone do normalnego krążenie w całym ustroju, działa zapobiegawczo na tworzenie się zakrzepów. Pierwszy przypadek dotyczy kobiety, lat 23 liczącej, u której w dwa tygodnie po porodzie wystąpiły

Zestawienie operowanych przypadków.

Grupa	Rozpoznanie ilość	Wiek od do	Chory przed oper. od do	Przed oper. najw. tm. tt.	Rodzaj operacji ilość	Znieczulenie og. lok.	Zmiany stw. podczas operacji ilość	Po operacji najwyż. tm. tt.	Przebieg miejscowy ilość	Powikłania ogólne ilość	Zaczął chodzić którego dnia ilość	Przeciętny czas pob. w szpitalu po operacji	Obecny stan
I.	*Hernia libera tegm. abdom.* 23	1—65	1 dnia do od urodz.	36⁰ 80	*Operatio radicalis* 23	20 3	*Hernia libera* 23	38 90	*Prima* 23	*Bronchiolitis* 4 *epilepsia* 1	1 20 2 3	12	Dobry
II.	*Hernia incarcerata tegm. abdom.* 10	35—77	6 godz. do 3 dni	37 80	*Operatio radicalis* 10 w tem: *Suturae int. gang.* 2	7 3	*Incarceratio* 10 w tem: *repos. en bloc* 1 *gang. inc. intestini* 2	38 96	*Prima* 8 ½ *prim.* 2	*Bronchiolitis* 2	2 6 3 4	10	Dobry 1 recydywa przepukliny pępkowej
III.	*Cystis ovarii* 4 *Retrofl. uteri* 1 *Gravid. ext. nonrupta* 1	17—50	1 dnia do 1 roku	37⁵ 82	*Ovariocystect.* 4 *op. plas. lig.* 1 *Tubectomia* 1	6 —	*Cys. ovar.* 4 *Retr. ut.* 1 *Grav. nonr.* 1	38 100	*Prima* 6	*Bronchiolitis* 1	2 3 3 3	10	Dobry
IV.	*Append. chron. subacuta* 14	14—28	1 dnia do 1½ roku	37⁵ 100	*Appendectomia* 14	14 —	Wyr. w zrost. 6 małe zmiany w ścianach wyr. rob. 8	38⁵ 100	*Prima* 12 ½ *prim.* 2	*Periton. loc.* 1 *Bronchiolitis* 4	2 5 3 9	10	Dobry
V.	*Append. acuta* 5	17—36	9 godz. do 7 dni	39 120	*Appendectomia* 5 w tem *drainage* 4	5 —	Nekr. wyr. 5 w tem ropnie lokalne 2 wysięk ropny na dnie mał. miedn. 3	38⁵ 100	Ropienie 5	*Bronchiolitis* 1 *Periton. loc.* 5	3 2 4 3	15	Dobry

gwałtowne bóle w jamie brzusznej, wymioty, wstrzymanie stolca i gazów. W 48 godzin później stwierdzono skręt guza w jamie brzusznej. W narkozie eterowej, po częściowem zmniejszeniu guza przez nakłucie i aspirację, wycięto wielokomorową torbiel jajnika lewego, wielkości głowy dorosłego człowieka. Kikut szypuły pokryto dokładnie otrzewną. Mimo z pewnością istniejących skrzepów w szypule guza chora trzeciego dnia zaczęła chodzić bez żadnych objawów oderwania się skrzepów, a po dwu tygodniach pobytu w szpitalu wyszła zupełnie zdrowa. Drugi przypadek dotyczy kobiety, liczącej 29 lat, operowanej spowodu ciąży trąbkowej, w okresie początkowym pęknięcia. Rany pokryto dokładnie otrzewną. Chora zaczęła chodzić następnego dnia po operacji, również bez jakichkolwiek objawów wytworzenia się zakrzepów, a po jedenastu dniach zupełnie zdrowa opuściła szpital. Obserwacje następnych trzech przypadków potwierdziły korzystny wpływ chodzenia na odpływ wydzieliny z jamy brzusznej. Pierwszy z nich dotyczy chłopczyka, lat 9 liczącego, u którego wycięto wyrostek częściowo zgorzelinowy, ropień zaś zdrenowano. Powięź zeszyto nićmi florenckiemi. Mimo znacznego ropienia z jamy brzusznej, częściowo zaś z powłok brzusznych, chory bez powikłań trzeciego dnia po operacji chodził, 6 dnia usunięto dren, w dwa tygodnie zaś po operacji chory opuścił szpital z raną na wygojeniu. Następne dwa przypadki dotyczą dwu chłopczyków, lat 8 i 13 liczących, operowanych spowodu rozlanego zapalenia ropnego otrzewnej z martwicą wyrostka robaczkowego w stanie bardzo ciężkim, u których po ustąpieniu najgroźniejszych objawów zastosowano bardzo ostrożne chodzenie, w pierwszym przypadku od 4 dnia, w drugim zaś od 6 dnia po operacji. W obu przypadkach powięź zszyto nićmi florenckiemi. Chorzy ci wyzdrowieli. U pacjentki, lat 25 liczącej, po wycięciu ropni trąbek i pokryciu ran otrzewną i zamknięciu jamy brzusznej zastosowano od trzeciego dnia po operacji chodzenie i zauważono korzystny wpływ ruchu na funkcję przewodu pokarmowego, ustępowanie wzdęć i wydalanie gazów. Podobnie korzystny wpływ ruchu zauważono w przypadku, dotyczącym kobiety, 54 lat liczącej, operowanej spowodu przepukliny udowej uwięźniętej, która to chora po operacji *(herniotomia, deliberatio intestini, op. radicalis)* od następnego dnia chodziła, nie skarżąc się przytem na ból w ranie pooperacyjnej. Korzystny wpływ wczesnego wstawania na krążenie i oddechanie zauważono u otyłego mężczyzny, lat 73 liczącego, po operacji w miejscowem znieczuleniu dużej przepukliny pachwinowej. Chory czwartego dnia po operacji opuścił szpital, obecnie jest zupełnie zdrów. Korzystny ogólny wpływ chodzenia zauważono u chorej po operacji przyszycia wędrującej nerki własną modyfikacją metody Simona. Inni chorzy spośród 16 przedstawionych tutaj przypadków *(appendicitis subacuta, herniae)* chodzili od pierwszego lub drugiego dnia po operacji i wszyscy jako wyleczeni opuścili szpital.

Podobnie potraktowałem następną grupę 24 przypadków: 9 po herniotomji, w tem jedna uwięźnięta, 15 po laparotomji, w tem 11 po apendektomji, z których pięć z zapaleniem otrzewnej, jeden przypadek po *gastroenterostomia retroc. posterior*, 1 po *deliberatio intestini*, 2 po *desinvaginatio*. Kilka przypadków z tej grupy zasługuje na bliższe omówienie. Pierwszy z nich dotyczy mężczyzny, lat 81, u którego w miejscowem znieczuleniu oraz lekkiem oszołomieniu eterowem przy końcu operacji dokonałem wycięcia martwiczo zmienionego wyrostka robaczkowego, położonego zakątniczo. Jamę brzuszną zdrenowałem, powięź zszyłem nićmi florenckiemi. Ciepłota chorego przed operacją wynosiła pod pachą 39,8°, w odbytnicy 40,5°, tętno zaś 120. Po operacji temperatura obniżyła się do 38°, tętno do 80. Choremu podawano energicznie środki nasercowe, a od drugiego dnia po operacji chorego przeprowadzano i sadzano w fotelu. Przebieg dalszy był nadspodziewanie dobry. Stan ogólny uległ nieznacznemu pogorszeniu. Wydzielina sączyła się obficie, 8 dnia wyjęto dren, zaś 15 dnia chory opuścił szpital z normalną funkcją przewodu pokarmowego, z małą raną ropiejącą powłok, w stanie ogólnym niezłym. Następny przypadek dotyczy mężczyzny lat 21, operowanego w 4 dniu choroby spowodu *appendicitis phlegmonosa*. Wyrostek robaczkowy długi, położony zakątniczo, całkowicie był ukryty w zrostach. Jamę brzuszną zdrenowałem, powięź zszyłem nićmi florenckiemi. Temperatura podnosiła się po jedno lub dwudniowem leżeniu w łóżku do 38° lub 39°, chory bowiem niechętnie od drugiego dnia wstawał, opadała zaś do 37,5° lub 37,2°, poprawiało się tętno, zmniejszały się wzdęcia brzucha w trzy do sześciu godzin po chodzeniu. Szóstego dnia wyjąłem dren. Gojenie rany powłok brzusznych trwało około 14 dni. Jeden z przypadków *append. subac.* dotyczy kobiety lat 25, w 7 miesiącu ciąży, która to chora, po wycięciu wyrostka, od drugiego dnia zaczęła chodzić i zdrowa po dwu tygodniach opuściła szpital z utrzymaną ciążą. Następny przypadek dotyczy mężczyzny lat 30, ze zmianami gruźliczemi w szczytach płuc, operowanego spowodu wrzodu i zwężenia znacznego stopnia odźwiernika *(gastroenterostomia retrocolica posterior)*, który to chory od 3 dnia po operacji chodził, szybko wracając do zdrowia, a 29-go dnia opuścił szpital z opóźnieniem spowodu leczenia płuc. Dwa dalsze przypadki dotyczyły kobiet, z których jedna, lat 44, spowodu *invaginatio ileo-colica* była operowaną *(desinvaginatio, coecopexia)*, od 4 dnia po operacji chodziła, a 14 dnia zdrowa opuściła szpital. Podobnie potraktowałem drugi przypadek wgłobienia u kobiety l. 30, przyczem chora od 2 dnia chodziła po operacji. Inna chora, lat 60, z *ileus e strangulatione* po operacji *(deliberatio, suturae intestini)* od drugiego dnia chodziła, a 17 dnia zdrowa opuściła szpital.

Obserwacje przypadków rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej, w których zastosowałem ostrożne wczesne chodzenie, wykazały szybkie ustępowanie objawów niedrożności jelit i ogólnego zatrucia.

Korzystne te zmiany mogły występować w związku z chodzeniem, wskutek żywszego ruchu jelit i spływaniem wydzieliny z powierzchni jelit na dno małej miednicy, w miejsce, o mniejszej powierzchni zetknięcia się z jelitami cienkiemi i mniejszej powierzchni resorbcyjnej. Zbierająca się wydzielina na dnie miednicy miała stale dostateczny odpływ przez dren nazewnątrz. W późniejszym okresie po operacji objawy niedrożności jelit w związku ze zrostami pozapalnemi były bardzo nieznaczne i występowały niekiedy tylko wskutek poważnych błędów dietetycznych. Wczesna adaptacja mięśni powłok brzusznych i brak zlepów w jamie brzusznej umożliwiały chorym po tygodniu chodzenie prawie w normalnej pozycji, bez przykurczów, po 2 tygodniach zaś umożliwiały wykonywanie rozległych ruchów tułowiem i kończynami dolnemi. W przypadkach, w których gojenie przebiegało ze znacznem ropieniem w jamie brzusznej i rany powłok brzusznych, w sześć tygodni po zgojeniu się i dokładnem zrośnięciu się powięzi niekiedy wydzielały się pojedyncze węzły z nici florenckich, przez małe otwory w skórze, szybko zresztą gojące się. Łącznie obserwacje dotyczą 15 przypadków z ropnem zapaleniem otrzewnej spośród wszystkich 100 chorych, traktowanych w przedstawiony sposób po operacji.

Dr. med. T. BARTOSZEK, st. asystent. Warszawa.

Wartość kliniczna wzoru Reada, jako uproszczonego sposobu badania podstawowej przemiany materji [1]).

Z I. Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Kierownik: Doc. Dr. med. Z. Gorecki.

Amerykański badacz Read, celem ułatwienia i udostępnienia badania podstawowej przemiany materji, empirycznie ustalił wzór, pozwalający na określanie przemiany spoczynkowej bez używania specjalnych przyrządów. Oczywiście wzór ten może mieć zastosowanie tylko w przypadkach, gdy z różnych względów nie można zastosować wspomnianych przyrządów.

Wzór Reada przedstawia się następująco: 0,75 (liczba tętna + różnica skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi × 0,74) — 72 = wartości w procentach podstawowej przemiany materji.

Ciśnienie krwi mierzyłem ciśnieniomierzem systemu Katz-Braun, metodą Korotkowa, oczywiście, że pomiary te można uskuteczniać i innym przyrządem, a więc nietylko rtęciowym, ale i sprężynowym.

Obliczanie przemiany podstawowej przy pomocy wzoru Reada posiada pewne teoretyczne uzasadnienie. Mianowicie badania Plescha, Meakinsa, Liljienstranda, Lautera i Bansi i innych wykazały, że pojemność minutowa serca pozostaje w pewnej łączności z przemianą podstawową, mianowicie, zwykle wzrost jednej z tych wartości pociąga i wzrost drugiej. Z drugiej strony częstość tętna i wysokość ciśnienia również są w ścisłej zależności z pojemnością minutową serca. Zatem między liczbą tętna, wysokością ciśnienia i przemianą spoczynkową może zachodzić pewna łączność. Jednak istnieją i inne czynniki, które wpływają osobno na poszczególne wymienione wartości tak, że już z teoretycznego stanowiska można mieć pewne zastrzeżenia co do ścisłości wyników obliczania przemiany spoczynkowej przy pomocy wzoru Reada, nie przesądzając jednak wartości tego sposobu w razie niemożności wykonania badań zapomocą metod gazowych.

[1]) Wygłoszone na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r., z późniejszemi uzupełnieniami.

Pokrótce streszczę bliższe dane techniki badania i dotychczasowe piśmiennictwo, dotyczące otrzymywanych wyników przez różnych autorów, które w znacznej części ukazało się w druku, gdy praca niniejsza była w pełnym toku.

Sam Read zbadał w 600 przypadkach przemianę podstawową metodą gazową (przenośnym aparatem Benedicta) i przy pomocy swego wzoru. Otrzymał wyniki następujące: w 60% przypadków różnice były mniejsze niż 10% wartości przemiany spoczynkowej, a tylko w 10% przypadków okazały się wyższe od 20% wartości przemiany spoczynkowej.

Read podkreśla, iż przemianę podstawową zapomocą wzoru należy badać w tych samych warunkach, co i metodą gazową t. j. badany musi być naczczo, po uprzedniej 2—3 dniowej diecie bezmięsnej i w zupełnym spokoju tak fizycznym, jak i psychicznym. Ciśnienie krwi radzi mierzyć między jednym głębokim wydechem i wdechem, po uprzedniem kilkakrotnem ćwiczeniu się w tych czynnościach. Liczby tak oznaczonego ciśnienia mają być nieco niższe od uzyskiwanych w zwykłych warunkach.

Należy nadmienić, iż w pracy niniejszej również zachowywano ostrożności zalecane przez Reada. W roku ubiegłym ukazały się liczne prace poświęcone kontroli wartości tego wzoru.

Część autorów, jak Umber, Bertheau, Habs, Kemeny, w wyniku badań stwierdzili stosunkowo niewielkie różnice między określeniami przemiany spoczynkowej metodą gazową i według wzoru, bo w 4—9% przypadków wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej, a w 64—70% przypadków różnice mniejsze od 10% wartości przemiany spoczynkowej.

Bertheau nawet zaleca posiłkowanie się tylko wzorem Reada, jako znacznem ułatwieniem w pracy, przy kontrolowaniu wyników leczenia jodem choroby Basedowa, skoro w danym przypadku uprzednie dwukrotne badanie przemiany podstawowej metodą gazową i przy pomocy wzoru Reada wykazały zgodność. Habs i Balazsy uważają jako wystarczające przygotowanie do oznaczania przemiany podstawowej przy pomocy wzoru jednogodzinne leżenie naczczo, w spokoju i ciszy, a potem należy zmierzyć ciśnienie krwi i tętno. Autorzy wspomniani oceniają wzór Reada za zupełnie przydatny do celów praktycznych.

Hartleben, Olmes, Neumann, Börger i Voit, Jenkins i Bernhardt w swych badaniach uzyskali gorsze wyniki. Mianowicie niezgodność do 10% wartości przemiany spoczynkowej w 47—50% przypadków; więcej niż 20% wartości przemiany spoczynkowej w 15% do 24% przypadków. Wobec tego zalecają wielką ostrożność w posiłkowaniu się wzorem Reada, a w przypadkach klinicznie poważniejszych radzą używać tylko metod gazowych.

Co do liczby badanych przypadków, to przeważnie zadawalano się 70 do 100 porównawczemi oznaczeniami, jedynie Hartleben posiadał 180 przypadków. Prawie wszyscy autorzy zgadzają się, iż nie należy korzystać ze wzoru Reada przy oznaczaniu przemiany spoczynkowej, w przypadkach z ciężką niewydolnością krążenia, pochodzenia tak sercowego, jak i nerkowego, w przypadkach z niemiarowością całkowitą oraz napadową. Również nie radzą korzystać z tego wzoru w przypadkach z tętnem bardzo przyspieszonem oraz nadciśnieniem wyżej 160 mm rtęci.

Dla uzupełnienia piśmiennictwa należy nadmienić, że Habs, wielki zwolennik posiłkowania się wzorem Reada, ułożył specjalne tablice, dzięki którym nie trzeba wykonywać żadnych działań arytmetycznych. Balazsy sporządził mały przyrządzik, dostępny w handlu, w którym na tarczach są pomieszczone liczby tętna i amplitudy ciśnień, po dokonaniu odpowiedniego wzajemnego przesunięcia tarcz w otworze pojawia się liczba wykazująca w procentach wartość przemiany spoczynkowej.

Zachęcony prostotą techniki i dodatniemi wynikami niektórych autorów od początku 1933 r. przeprowadziłem w I Klinice Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz. badania kontrolne wartości wzoru Reada. W tym celu u 90 chorych wykonałem 261 oznaczeń przemiany spoczynkowej przy pomocy aparatu Krogha i równocześnie według wzoru Reada.

Znacznie większa liczba oznaczeń przemiany podstawowej od liczby badanych chorych powstała stąd, że każdego chorego w ciągu najbliższych dni badano kilkakrotnie. Postępowanie to miało na celu ustalenie, czy ewentualne wahania przemiany spoczynkowej u tego samego chorego, zwłaszcza w przypadkach zaburzeń tej przemiany są jednakowe przy określeniach obu sposobami względnie, czy w razie niezgodności istnieje jakaś zależność między wynikami metody gazowej i wzoru Reada.

Problem zachowania się podstawowej przemiany u tego samego chorego, na podstawie własnych badań, omówię w innej pracy.

Z moich wielokrotnych spostrzeżeń okazało się, że w tym samym przypadku, przy powtarzanych badaniach w ciągu najbliższych dni, a nawet tego samego dnia, mogą zachodzić różnice między określeniami przy pomocy obu metod, bez żadnej wzajemnej proporcjonalności.

Wyniki określania przemiany spoczynkowej przy pomocy aparatu Krogha i wzoru Reada, ujęte w ogólnej statystyce wszystkich przypadków, niezależnie od rozpoznań klinicznych, przedstawiają się następująco:

Różnice około 5% wartości przemiany spoczynkowej stwierdzono w 66 oznaczeniach, co stanowi 25,3% wszystkich określeń.

Różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej stwierdzono w 78 oznaczeniach, co stanowi 29,8% wszystkich określeń.

Razem różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 144 oznaczeniach, czyli 55,1% określeń.

Różnice około 20% wartości przemiany spoczynkowej stwierdzono w 66 oznaczeniach, co stanowi 25,3% wszystkich określeń.

Różnice wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej stwierdzono w 51 oznaczeniach, co stanowi 19,5% wszystkich określeń.

Razem 261 oznaczań.

W opracowaniu statystycznem nie uwzględniłem liczby badanych chorych lecz liczbę oznaczań przemiany podstawowej, dlatego, że, jak było wspomniane, każdy przypadek badano kilkakrotnie i przytem, jak zwykle bywa, zachodziły wahania wartości przemiany spoczynkowej, nawet przy użyciu metody gazowej. Zamiast więc operować wartościami średniemi dla poszczególnego chorego, statystykę obliczano na podstawie każdorazowych oznaczań. Z zestawienia widać, iż zgodność w granicach dopuszczalnego błędu t. j. do 10% wartości przemiany spoczynkowej (oznaczanej met. gazową) uzyskano w 55,1% oznaczań. Różnice w granicach znacznych (t. j. w granicach niedopuszczalnego błędu — wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej) były w 19,5% oznaczań.

Co do rozpiętości różnicy między wynikami obu sposobów oznaczania przemiany spoczynkowej, to w niektórych przypadkach sięgała ona do 70% wartości przemiany spoczynkowej (oznaczanej metodą gazową), w niektórych zaś była całkowita zgodność (różnica 0,0%).

Od czego więc zależało, że w więcej niż połowie ilości oznaczań (55,1%) wyniki osiągane metodą gazową i zapomocą wzoru Reada prawie się pokrywały, a w pozostałej ilości określeń różnice były znaczne, w jakich przypadkach zgodność ta zachodziła, a w jakich różnice były duże? Pytanie to do pewnego stopnia wyjaśnia odpowiednie zestawienie przypadków pod względem klinicznym. Należy nadmienić, że jak i poprzednio w statystyce operowano nie chorymi jako jednostka lecz poszczególnemi oznaczeniami.

Pod względem więc klinicznym badanych chorych należy podzielić na 5 grup: I) grupa przypadki wyraźnego zespołu Graves-Basedowa; II) grupa przypadki z przemianą podstawową wzmożoną więcej niż o + 10%, lecz bez wyraźnie zaznaczonej, pod względem klinicznym, nadczynności tarczycy; III) grupa przemiana spoczynkowa od — 5% do + 10%; IV) grupa przemiana podstawowa obniżona niżej — 5%; V) grupa chorzy z niewydolnością krążenia.

Zestawienia poniższe wykazują, jakie jednostki kliniczne znalazły się w poszczególnych grupach i jakie uzyskano różnice między wartościami przemiany spoczynkowej, oznaczanej zapomocą metody gazowej i wzoru Reada.

I) grupa obejmowała 29 przypadków wyraźnego zespołu chorobowego Graves-Basedowa. Dokonano u tych chorych 93 porównawczych oznaczań przemiany spoczynkowej. W przypadkach wymienionych różnice wynosiły:

Niezgodność około 5% wartości przemiany spoczynkowej w 19 oznaczeniach, co stanowi 20,4% wszystkich określeń.

Niezgodność około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 15 oznaczeniach, co stanowi 16,1% wszystkich określeń.

Razem różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej zachodziły w 34 oznaczeniach, co stanowi 36,5% wszystkich określań.

Niezgodność około 20% wartości przemiany spoczynkowej w 24 oznaczeniach, co stanowi 25,9% wszystkich oznaczeń.

Niezgodność wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej w 35 oznaczeniach, co stanowi 37,6% wszystkich określań.

II) grupa obejmowała 20 przypadków z przemianą podstawową zwiększoną więcej, jak o + 10%, oznaczeń porównawczych wykonano 54. Co do postaci klinicznych, to był 1 przypadek nadczynności tarczycy lekkiego stopnia *(hyperthyroidismus)* z nieznacznem powiększeniem tego gruczołu; 1 przypadek nadczynności tarczycy lekkiego stopnia z histerją; 4 przypadki wola; 4 przypadki z zaznaczoną nieprawidłową czynnością tarczycy

(dysthyroidismus) i powiększeniem tego gruczołu; 6 przypadków niezbyt rozprzestrzenionej gruźlicy włóknistej płuc z nadczynnością i nieznacznem powiększeniem tarczycy; 2 przypadki neurastenji; 1 przypadek zespołu stałego obniżonego poziomu cukru we krwi (syndrom hipoglikemiczny) i 1 przypadek ogólnego niedorozwoju *(infantilismus)*.

Różnice w tej grupie wynosiły:

Niezgodność około 5% wartości przemiany spoczynkowej w 18 oznaczeniach czyli 33,3% wszystkich określeń.

Niezgodność około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 17 oznaczeniach czyli 31,4% wszystkich określeń.

Razem różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej zachodziły w 35 oznaczeniach, co stanowi 64,7% wszystkich określeń.

Niezgodność około 20% wartości przemiany spoczynkowej w 12 oznaczeniach czyli 22,2% wszystkich określeń.

Niezgodność wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej w 7 oznaczeniach czyli 12,9% wszystkich określeń.

III) grupa. Chorzy z przemianą podstawową od — 5% do + 10%. Przypadków 24, oznaczań 74. Klinicznie 5 przypadków wola nieczynnego; 3 przypadki neurastenji z niezbyt wybitnem powiększeniem gruczołu tarczowego; 2 przypadki nieprawidłowej czynności tarczycy *(dysthyroidismus)* z jej powiększeniem; 1 przypadek lekkiego stopnia nadczynności tarczycy z jej powiększeniem, oraz okres przekwitania; 1 przypadek niedoczynności jajników; 1 przypadek zaburzeń wielogruczołowych z nadczynnością jajników; 1 przypadek zaburzeń wielogruczołowych z niewielkiem wolem i stałem przecukrzeniem krwi bez cukromoczu; 1 przypadek nieprawidłowej czynności jajników; 1 przypadek ogólnego niedorozwoju *(infantilismus)*; 7 przypadków nerwic wegetatywnych z neurastenją, bądź histerją; 1 przypadek niezbyt rozprzestrzenionej, czynnej, włóknistej gruźlicy płuc z nadmiernem wychudzeniem. Różnice wynosiły:

Niezgodność około 5% wartości przemiany spoczynkowej w 24 oznaczeniach czyli 32,4% wszystkich określeń.

Niezgodność około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 31 oznaczeniach czyli 41,8% wszystkich określeń.

Razem różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 55 oznaczeniach czyli 74,2% wszystkich określeń.

Niezgodność około 20% wartości przemiany spoczynkowej w 19 oznaczeniach czyli 25,6% wszystkich określeń.

Niezgodność wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej w 0 oznaczeniach czyli 0% wszystkich określeń.

IV) grupa. Chorzy z przemianą podstawową niższą niż —5%. Przypadków 9, oznaczań porównawczych 22. Klinicznie 3 przypadki obrzęku śluzowatego; 2 przypadki wola; 2 przypadki zaburzeń wielogruczołowych z wyraźnem obniżeniem czynności jajników; 1 przypadek zaburzeń wielogruczołowych w okresie przekwitania; 1 przypadek ogólnego niedorozwoju i gościec stawowy o tle dokrewnem. Różnice wynosiły:

Niezgodność około 5% wartości przemiany spoczynkowej w 5 oznaczaniach czyli 22,7% wszystkich określeń.

Niezgodność około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 7 oznaczeniach czyli 31,8% wszystkich określeń.

Razem różnice około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 12 oznaczeniach czyli 54,5% wszystkich określeń.

Niezgodność około 20% wartości przemiany spoczynkowej w 4 oznaczeniach czyli 18,1% wszystkich określeń.

Niezgodność wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej w 6 oznaczeniach czyli 27,2% wszystkich określeń.

V) grupa. Chorzy z niewydolnością krążenia (2 i 3 stopnia), przypadków 6, oznaczań porównawczych przemiany podstawowej 15. U chorych tej grupy przemiana podstawowa wahała się od + 63% do + 19%. Różnice wynosiły:

Niezgodność około 5% wartości przemiany spoczynkowej w 0 oznaczeniach czyli 0% wszystkich określeń.

Niezgodność około 10% wartości przemiany spoczynkowej w 6 oznaczeniach czyli 40% wszystkich określeń.

Niezgodność około 20% wartości przemiany spoczynkowej w 5 oznaczeniach czyli 33,3% wszystkich określeń.

Niezgodność wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej w 4 oznaczeniach czyli 26,6% wszystkich określeń.

Należy nadmienić, że w statystyce ogólnej umieszczono 2 przypadki z 3 oznaczeniami, których z różnych względów nie można było później pomieścić w żadnej z 5 wymienionych grup.

Z zestawień tych widać, że największe różnice w wynikach określania przemiany spoczynkowej zapomocą aparatu Krogha i wzoru Reada wykazywały przypadki choroby Graves-Basedowa (grupa I.). Przytem największą niezgodność stwierdzono w przypadkach z przemianą spoczynkową wybitnie wzmożoną i gdy samo schorzenie ciężko przebiegało. W miarę wystąpienia poprawy i wyniki były zgodniejsze (zwłaszcza w przypadkach operowanych z pomyślnym wynikiem).

Następnie znaczne różnice wyników między obu metodami miały miejsce w przypadkach ze znacznie obniżoną przemianą spoczynkową (grupa IV), zwłaszcza w obrzęku śluzowatym i u chorych z niewydolnością krążenia.

Zatem w przypadkach z wybitną nad lub niedoczynnością tarczycy wyniki, uzyskiwane przy pomocy wzoru Reada należy przyjmować z wielkiem zastrzeżeniem i nie należy na tych badaniach opierać wyboru lub nawet kontrolowania leczenia. Niezastąpione tu są badania zapomocą ścisłych metod gazowych. Co do chorych z niewydolnością krążenia wzór Reada również tu zawodził. Największą zgodność wykazały przypadki grupy III, bo różnice w granicach dopuszczalnego błędu (około 10% wartości przemiany spoczynkowej) stwierdziłem w 74,2%, a wyżej 20% wartości przemiany spoczynkowej różnic nie było. Grupa ta obejmowała przypadki (patrz wykaz grupy III.), w których dla należytego ujęcia schorzenia ważnem jest określenie ewentualnego współudziału tarczycy. Jeśli więc u tej kategorji chorych niema możności zbadania przemiany podstawowej zapomocą ścisłych metod gazowych, wzór Reada może oddać pewne usługi, gdyż przy jego pomocy oznaczona przemiana spoczynkowa pozwoli z pewnem zastrzeżeniem zorjentować się w czynności tarczycy.

Wnioski:

1. Oznaczanie podstawowej przemiany materji przy pomocy wzoru Reada, wobec nieścisłości tej metody, dla celów klinicznych nie jest odpowiednie. Zwłaszcza w przypadkach cięższych choroby Graves-Basedowa nie należy na wynikach uzyskiwanych omawianą metodą, ani opierać wyboru leczenia (Roentgen, jod, operacja i t. d.) ani kontrolować jego przebiegu.

2. W tym samym przypadku i w najbliższym czasie mogą ulegać wahaniu różnice wartości przemiany spoczynkowej oznaczanej metodą gazową i zapomocą wzoru Reada.

3. Jedynie w praktyce prywatnej (np. na prowincji), w razie niemożności zbadania przemiany spoczynkowej metodą gazową, dla ogólnej orjentacji w przypadkach podejrzanych o nad- — lub niedoczynność tarczycy, można korzystać ze wzoru Reada, biorąc pod uwagę podane w pracy zastrzeżenia.

Piśmiennictwo:

1) M. Read. The Journal of. Am. Med. Ass. Tom 78, Nr. 24, 1922 r. str. 1887. — 2) M. Read. Archives of. intern. medicine, Tom 34, Nr. 4, 1929 r. str. 553. — Umber. D. m. Woch. Nr. 33, 1922 r. str. 1887. — 2) M. Read. Archives of intern. medicine, A. und K. Voit. Kl. Woch. Nr. 42, 1933 r. — 6) Balazsy. D. m. W. Nr. 37, 1933 r. — 7) Bertheau H. M. m. Woch. Nr. 12, 1933 r. — 8) Hartleben. M. m. W. Nr. 26, 1933 r. — 9) Neumann. Kl. Woch. Nr. 37, 1933 r. — 10) Habs. D. m. Woch. Nr. 9, 1933 r. — 11) Skazilla i Ferger. Bull. et memoire d. l. soc. Médic. d. Hôp. Nr. 11, 1930 r. str. 497. — 12) H. Zondek. D. m. Woch. Nr. 9, 1929 r. — 13) H. W. Bansi. D. m. Woch. Nr 9, 1929 r. — 14) H. W. Knipping i H. L. Kowitz. Klinische Gasstoffwechseltechnik. Springer 1928 r. — 15) M. Labbé i H. Stérenin. Le métabolisme basal. Masson, 1929 r.

Zdzisław BIELIŃSKI. Lwów.

O charakterystycznym rysunku krzywej ciśnienia krwi, powstałym wskutek zjawiska interferencji.

Z Instytutu Fizjologji U. J. K.
Kierownik: Doc. Dr. W. Tychowski.

Autora pracy niniejszej zainteresował pewien specjalny, charakterystyczny rysunek krzywej ciśnienia krwi u psa, zauważony przypadkowo w czasie wykonywania badań doświadczalnych nad środkiem znieczulającym, pantokainą Bayer'a, wykonywanych wspólnie z Ostrowskim i Hilarowiczem. Charakterystyczna ta krzywa przedstawiona na załączonym rysunku (rys. 1.) występowała przy zwolnionej akcji serca, lub przy przyśpieszonem oddychaniu i to w wypadku, kiedy ilość uderzeń serca była tylko mniejwięcej dwa razy większa od ilości oddechów w jednostce czasu. Przy wykonywaniu cytowanej pracy otrzymaliśmy tego rodzaju krzywą w trzech doświadczeniach. W doświadczeniach specjalnie przeze mnie przedsięwziętych celem wyjaśnienia istoty tego charakterystycznego rysunku krzywej ciśnienia, starałem się przedewszystkiem o to, by przez moż-

liwie wierne odtworzenie warunków, w jakich odbywały się trzy wspomniane doświadczenia, w których ów rysunek wystąpił, móc go znowu uzyskać.

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: w uśpieniu (eterowem lub weronalowem) wypuszczano psu pewną ilość krwi z tętnicy szyjnej, którą to tętnicę następnie łączono z manometrem Ludwiga, zapomocą którego zapisywano ciśnienie krwi. Oddechy zwierzęcia zapisywano zapomocą bębenka Marey'a połączonego wężem gumowym z kanjulą tracheotomijną.

W załączonej tablicy podane są zestawienia liczbowe, dotyczące częstości oddechów oraz częstości tętna w doświadczeniu drugiem.

Doświadczenie II.

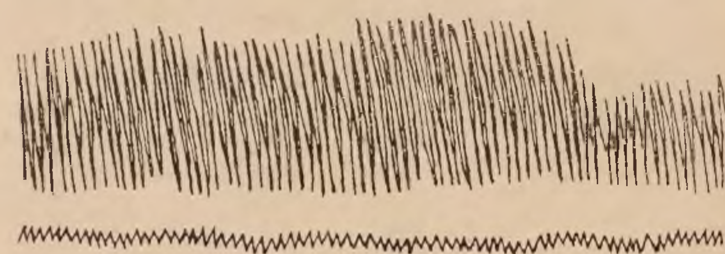
Czas w sek.	20	40	60	80	100	120	140	160	180	200	220	240
Ilość oddechów w min.	99	96	84	90	84	87	99	81	84	84	81	81
Tętno min.	183	165	186	186	174	189	216	177	186	183	180	198
Uwagi	Opisywany rysunek wyraźnie występuje											

Czas w sek.	260	280	300	320	340
Ilość oddechów w min.	60	57	60	60	63
Tętno min.	156	171	156	159	162
Uwagi	Zanik opisywanego rysunku.				

Jak widać z powyższej tablicy, omawiany rysunek krzywej występuje wtedy, gdy akcja serca jest mniejwięcej dwukrotnie szybsza od akcji oddechowej. Celem uzyskania takiego stosunku trzymano psa w bardzo płytkiem uśpieniu.

Powyższa tabela jest sporządzona tylko na podstawie części doświadczenia.

nemu z kilku drgań najprawdopodobniej prostych. Nie uciekając się do wchodzącej w zakres wyższej matematyki analizy harmonicznej, sądzę, że ów charakterystyczny wygląd opisywanej krzywej ciśnienia krwi pochodzi od występowania zjawiska interferencji, zachodzącego pomiędzy falami ciśnienia krwi pierwszego rzędu a falami ciśnienia rzędu drugiego, dokładniej mówiąc pomiędzy falami sercowemi (skurczowemi, tętna, pulsacyjnemi), a falami oddechowemi. Opisywany rysunek krzywej ciśnienia krwi występuje bowiem przy zwolnionej akcji serca, lub przy przyśpieszonem oddychaniu i to wtedy, gdy ilość oddechów do-

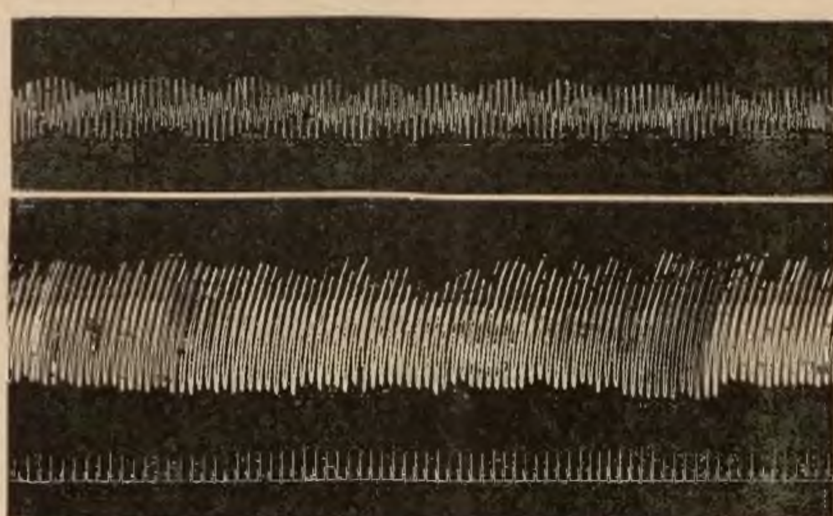


Rys. 3.

chodzi do mniejwięcej połowy liczby uderzeń serca w jednostce czasu. Odpowiednio eksperymentując (akupunktura) przekonałem się, iż poszczególne wychylenia na krzywej ciśnienia rzeczywiście odpowiadają pojedyńczym uderzeniom serca, oraz że warunkiem wystąpienia omawianego rysunku jest powyżej opisany stosunek ilościowy pomiędzy czynnością serca, oraz oddychaniem (rys. 2.).



Rys. 1.



Rys. 2.

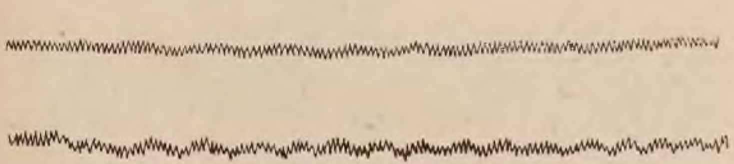
Doświadczeń tego rodzaju wykonano pięć, uzyskując za każdym razem identyczne wyniki, przyczem zaznaczyć należy, że w każdem doświadczeniu doprowadzano krzywą ciśnienia do przyjęcia owego charakterystycznego rysunku, przez płytsze uśpienie zwierzęcia.

Ów ciekawy rysunek krzywej ciśnienia krwi u psa występował stale przy zachowaniu wyżej opisanych, dokładnie określonych warunków doświadczalnych. Na załączonej rycinie (rys. 1.), przedstawiającej ów charakterystyczny rysunek krzywej, widzimy linję falową, która nie jest jednak linją falową prostą, nie jest sinusoidą, a nie jest również normalną krzywą ciśnienia krwi. Wnioskując z bardzo charakterystycznego rysunku tej linji, można domyślić się, że jest ona linją falową złożoną, odpowiadającą ruchowi drgającemu pisaka, ruchowi złożo-

Już w r. 1876. Zygmunt M a y e r omawiał pewien rodzaj fal, występujących na krzywej ciśnienia krwi, które — według jego tłumaczenia — są uwarunkowane interferencją fal sercowych z falami ciśnienia krwi, spowodowanemi mechanicznym wpływem sztucznych wdmuchiwań powietrza do płuc. Krzywe, które on uzyskał, przedstawiam na rys. 3. Widzimy, że obraz ich jest zupełnie odmienny od obrazu krzywych ciśnienia otrzymanych w doświadczeniach przeprowadzonych przeze mnie. Różnica w obu tych obrazach uwarunkowana jest wzajemnym stosunkiem ilości uderzeń serca, oraz ilości oddechów w jednostce czasu. M a y e r w swoich doświadczeniach starał się zrównać częstość oddechów (przez zastosowanie sztucznego oddychania) z częstością uderzeń serca, wskutek czego — dzięki nakładaniu się fal — uzyskiwał nowe wzniesienia falowe na krzywej ciśnienia krwi. Oczy-

wiście, że ilość uderzeń serca nie mogła być dokładnie równą ilości oddechów w jednostce czasu, w takim bowiem wypadku otrzymalibyśmy tylko pewne stałe odkształcenie linji falowej, nie otrzymalibyśmy zaś wystąpienia jakichś nowych fal. Zależnie od różnicy faz fali powstałej ze skurczu serca i fali otrzymanej przez oddech zwierzęcia mielibyśmy albo zwiększenie amplitudy fal, albo też jej zmniejszenie, albo pewne charakterystyczne i stale występujące zniekształcenie linji falowej, albo też wkońcu całkowity jej zanik w przypadku równych amplitud fal sercowych oraz oddechowych a przy fazach przeciwnych.

W reprodukowanej krzywej, z której część jest na rys. 4. — 351 uderzeniom serca odpowiada 311 oddechów. W części



Rys. 4.

tej krzywej załączonej do niniejszej pracy 76 uderzeń serca odpowiada 70 oddechom.

W swoich doświadczeniach — jak już wyżej wspomniałem — charakterystyczny, a przedstawiony na rys. 1. i 2. obraz otrzymywałem wtedy, gdy ilość uderzeń serca przewyższała mniejwięcej (z bardzo małemi odchyleniami) tylko dwukrotnie ilość oddechów w jednostce czasu.

We wszystkich moich doświadczeniach stale w tych samych warunkach występował omawiany charakterystyczny rysunek krzywej ciśnienia krwi, który — jak wspomniałem na wstępie — odnoszę do zjawiska interferencji fal sercowych i oddechowych, różniących się od siebie amplitudą, okresem oraz fazą.

Piśmiennictwo:

Mayer: Sitzungsberichte d. Akad. d. Wiss., Wien. B. 74. 1876. — Ostrowski, Hilarowicz i Bieliński: Polska Gaz. Lek. 1933.

Dr. Leon WOHLFEILER. Kraków.

Badania nad czekoladą dla cukrzycowych.

Z Oddziału I. B. Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr. A. Oszacki.

Przeprowadziliśmy badania nad wpływem czekolady przeznaczonej dla chorych na cukrzycę. Posługiwaliśmy się czekoladą „Diasana" dostarczoną nam przez Firmę Suchard w Krakowie. Na wstępie sprawdzano skład chemiczny czekolady w kierunku zawartości 1) azotu, 2) odsetkowej zawartości ciał skręcających płaszczyznę spolaryzowanego światła i ciał odtleniających, wreszcie 3) w kierunku zawartości tłuszczów.

1. Zawartość azotu oznaczono sposobem Kjeldahl'a.
2. Zawartość ciał polaryzujących oznaczano sacharometrem, ciała odtleniające sposobem Hagedorn-Jensen.
3. Tłuszcze oznaczano sposobem Bloora.

Skład 100 g tabliczki czekolady:

Białka	13.8%
Ciał skręcających płaszczyznę spolaryzowanego światła	17.0%
Ciał odtleniających	17.0%
Tłuszczów	39.12%
Wody	12.96%

Wyniki nasze co do ciał skręcających płaszczyznę spolaryzowanego światła oraz ciał odtleniających zgadzają się z danemi w piśmiennictwie (Lauritzen M.), które podają ilość spolimeryzowanego cukru na ogólna sumę 35%.

Ponieważ czekolada „Diasana" f. Suchard przeznaczona jest przedewszystkiem dla chorych cukrzycowych, przeto należało przeprowadzić spostrzeżenia co do działania jej w kierunku: 1) podwyższenia zawartości cukru we krwi, 2) wpływu na czas i wysokość pola przecukrzenia, 3) na zawartość odsetkową, względnie dobową cukru w moczu, 4) i na zawartość ciał acetonowych.

Badania przeprowadzono równocześnie u 12 chorych, w czem 8 cukrzycowych i 4 niecukrzycowych, niewykazujących większych odchyleń przemiany materji. Wszystkie spostrzeżenia przeprowadzono przy tej samej diecie, stosowanej na oddziele jako dieta podstawowa (Dietetyka 1934 A. Oszacki), i porównując wyniki przeprowadzonych badań w okresie bez dodatku czekolady i z dodatkiem tejże, której podawano 50 g dziennie.

Żywienie podstawowe: 1407 kal. — na kg wagi 24—26 kal.

Żywienie z dodatkiem czekolady 1687 kal. — na kg wagi 28—30 kal.

Należy zaznaczyć, że chorzy przy tem żywieniu nie wykazywali spadku wagi.

1. Co do zawartości cukru we krwi naczczo względnie jego zwyżki objaśnia niżej przedstawiona tablica.

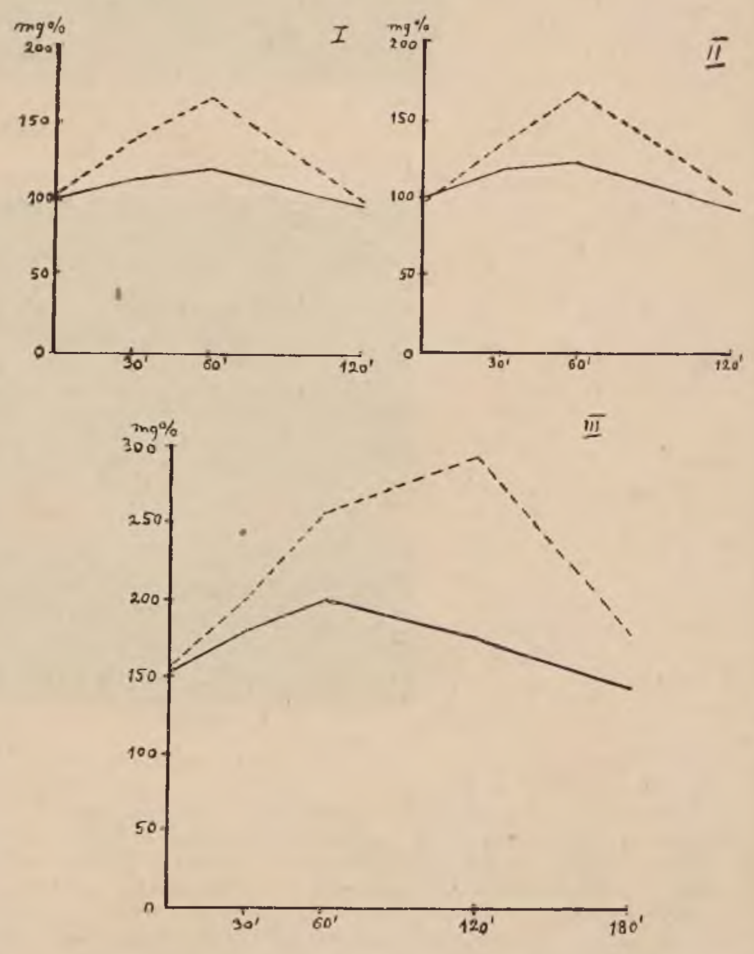
Chory	Cukier we krwi w mg %					Średnia	
	przed podaniem		po podaniu czekolady			przed	po
Dzień:	1	2	3	4	5		
M. K.	97	99	95	96	95	98	95
S. J.	102	105	103	102	100	103	102
G. O.	89	85	87	87	86	87	87
K. W.	109	107	107	109	107	108	108
Ch. M.	214	217	215	216	215	215	215
W. M.	230	235	234	235	232	232	234
S. J.	189	193	190	190	192	191	191
B. W.	213	221	215	218	218	217	217

Wynika więc z tego, że cukier we krwi po podaniu czekolady, badany codziennie naczczo nie ulegał zwyżce.

2. Odnośnie do wielkości pola przecukrzenia i wpływu dodatku czekolady w tym kierunku, przeprowadzono obciążenia 50 względnie 100 g czekolady rozpuszczonej w 200 g wody i to tak u chorych cukrzycowych, jak i niecukrzycowych.

Objaśnienie wykresów.

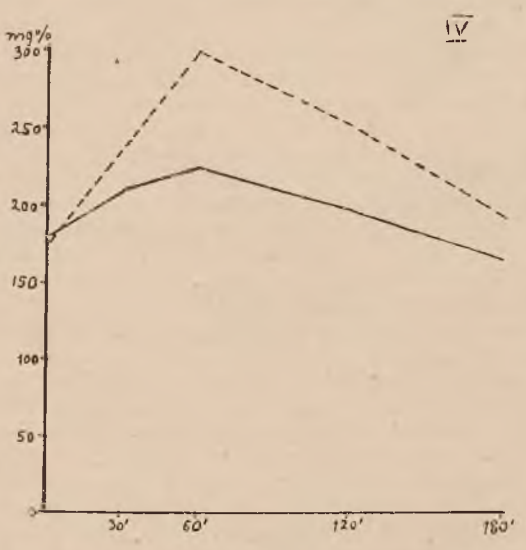
I, II, krzywe przecukrzenia krwi u chorych niecukrzycowych.
III, IV, krzywe przecukrzenia krwi u chorych na cukrzycę.
Linje kreskowane = obciążenie glukozą.
Linje ciągłe = obciążenie czekoladą.



Wykresy.

U cukrzycowych zatem pole przecukrzenia po 100 g czekolady odpowiada przeciętnie 35% pola przecukrzenia po podaniu 50 g glukozy. Biorąc za podstawę stosunek zawartości ciał odtleniających, możemy wyliczyć z proporcji 50:17=100:X, jak wielkie powinno być pole przecukrzenia po 17 g cukru, zawartych w 100 g czekolady, licząc, że ciała odtleniające zawarte w czekoladzie

są istotnie cukrami. Widzimy, że oznaczone przez nas 35% pola przecukrzenia po 100 g czekolady odpowiada niemal ściśle proporcji 50:17=100:X. Ścisłość ta jednak była poniekąd przypadkową, o czem świadczy obciążenie 50 g czekolady. Albowiem równoległość ta między zawartością ciał odtleniających a polem przecukrzenia nie występuje przy podawaniu 50 g czekolady, gdyż przy oznaczeniach otrzymaliśmy 27—30% pola przecukrzenia, a więc wyższe niż należałoby się spodziewać, wnosząc z zawartości ciał odtleniających. Należy jednak pamiętać, że już przy obciążeniach cukrem samym nie daje się stwierdzić tak daleko idącej równoległości. Mimo to jednak zwracaliśmy pilną uwagę na stosunek zachodzący między polem przecukrzenia, spowodowanem obciążeniem czekoladą z jednej, a obciążeniem



glukozą z drugiej strony, ze względu na możliwości porównania w ten sposób wydolności na tę czekoladę u cukrzycowych i niecukrzycowych. U tych pierwszych obciążenie 100 g czekolady stanowi 30—32% pola przecukrzenia, spowodowanego 50 g glukozy. Biorąc pod uwagę bardzo dużą powierzchnię pola przecukrzenia cukrzycowych w ogólności, a w tych przypadkach w szczególności, łatwo zrozumieć, że te 32%, a więc jedna trzecia pola przecukrzenia, odpowiadą stosunkowo wyższym wartościom cukru we krwi ze względu na znacznie większą powierzchnię pola przecukrzenia aniżeli u niecukrzycowych. Ponieważ pole przecukrzenia u cukrzycowych w porównaniu z niecukrzycowymi, było 3 razy większe, więc wartości cukru nagromadzone we krwi pod wpływem czekolady odpowiadają trzykrotnie większym wartościom bezwzględnym cukru. Innemi słowy wynika z tego, że obciążenie czekoladą trzeba uważać za obciążenie cukrem, ale tylko w stosunku do jej zawartości ciał odtleniających. Tak więc 100 g czekolady odpowiadałoby 17 g cukru, co się równa mniejwięcej 3 kostkom cukru. Ponieważ jako dodatku czekolady tej trudno używać więcej jak 50 g, przeto takie obciążenie $1^1/_2$ kostką cukru na dobę nie powinno mieć wpływu szkodliwego, zwłaszcza jeżeli równocześnie zachowuje się ilościowo zastrzeżenia co do wielkości poborów całkowitych według wzoru, który podał w Dietetyce 1934 A. Oszacki.

3. Dodatek taki czekolady w ciągu doby istotnie nie wpływa ujemnie na cukromocz jako wyraz ogólny przeciążenia metabolicznego u cukrzycowych, jak to wynika z zachowania się dobowego cukromoczu, który u nich nie wykazywał zwyżki, a oczywiście u niecukrzycowych nie występował wcale.

Dobowa ilość cukru w gramach u cukrzycowych							Średnia	
Chory	przed podaniem		po podaniu czekolady				przed	po
Dzień:	1	2	3	4	5	6		
Ch. M.	10.2	9.0	10.6	9.2	8.8	10.8	9.6	9.85
W. M	17.6	21.3	18.2	17.8	19.8	19.8	19.9	18.9
S. J.	30.2	33.4	35.0	34.0	31.0	29.0	31.8	32.25
B. W.	6.8	6.6	6.4	6.4	7.2	5.2	6.7	6.3
M. A.	ślad	0	ślad	0	0	0	ślad	ślad
S. S.	18.0	14.4	15.0	15.0	13.8	13.3	16.2	14.3
S. W.	1.6	2.2	1.8	1.5	1.9	2.1	1.9	1.8
K. J.	3.6	3.6	3.4	4.2	3.3	3.8	3.6	3.6

4) Co do zawartości dobowej ciał acetonowych w moczu, to badania nasze nie wykazywały u chorych cukrzycowych i niecukrzycowych żadnego wzrostu.

Ciała ketonowe w moczu w g na litr						Średnia	
Chory	przed podaniem		po podaniu czekolady			przed	po
Dzień:	1	2	3	4	5		
M. K.	0.121	—	0.109	0.125	0.114	0.121	0.116
Ch. M.	0.365	0.379	0.358	0.371	0.369	0.372	0.366
W. M.	0.496	0.510	0.488	0.491	0.498	0.503	0.492
S. J.	0.285	0.312	0.299	0.305	0.270	0.298	0.291

Należało jeszcze zwrócić uwagę na wessanie się czekolady w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza że owe dobre wyniki odnośnie co do ciał acetonowych możnaby sobie wytłumaczyć nie wessaniem się lub wessaniem się częściowem tłuszczów zawartych w czekoladzie. W tym celu porównywano ilość tłuszczów zawartych w stolcu dobowym przed i po podaniu czekolady u cukrzycowych i niecukrzycowych. Otrzymano wyniki następujące:

Ilość tłuszczów w stolcu dobowym w g				
Chory	przed podaniem	po podaniu czekolady		Wzrost w %
Dzień:	1	2	3	
M. A	3.96	4.72	4.95	12.2
Ch. M.	5.12	5.83	5.77	11.3
W. M.	4.87	5.45	5.81	11.6

Wynika z tego, że tak u cukrzycowych jak i niecukrzycowych zwyżka tłuszczów w stolcu dobowym, w okresie podawania czekolady, wynosiła od 11 do 13%, co odpowiadałoby około 0.6 do 0.8 g na dobę.

Wessanie więc tłuszczów w przewodzie pokarmowym jest dobre, a niewystępowania ketonurji po czekoladzie nie można sobie tłumaczyć niewessaniem się tłuszczowych jej składników.

Cukier w moczu oznaczano polarymetrycznie, cukier we krwi oznaczano sposobem Hagedorn-Jensen, ciała acetonowe w moczu i tłuszcze w stolcu met. Van Slyke.

Piśmiennictwo:

Grafe E.: Fortschritte der Therapie. H. 2. 1926. — Lauritzen M.: Kl. Wchschr. Nr. 52, 1925. — Oszacki A.: Dietetyka 1934. Delta, Warszawa. — Van Slyke D. D.: J. Biol. Chem. 1917. 32, 455.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław HORNUNG. Lwów.

IX. Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie.

W dniach 4—6 września 1934 r. odbył się w Warszawie IX. Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy. W Zjeździe wzięło udział ponad tysiąc osób, w tej liczbie około 400 lekarzy z zagranicy. Uroczyste otwarcie Zjazdu zaszczycił swą obecnością Pan Prezydent Rzeczypospolitej i najwyżsi dostojnicy stolicy. Po przemówieniu Pana Ministra Opieki Społecznej Paciorkowskiego, oraz Przewodniczącego Zjazdu Pana Wiceministra Piestrzyńskiego, zabrał głos generalny Sekretarz Unji Prof. Bezançon, czcząc pamięć swego poprzednika Prof. Bernarda, który zmarł nagle, niemal w przeddzień Zjazdu warszawskiego. Zasługi Prof. Bernarda, jako jednego z organizatorów Międzynarodowej Unji i stałego jej sekretarza, oraz jako niezwykle czynnego pracownika na terenie zwalczania gruźlicy we Francji, znalazły należytą ocenę w przemówieniu Prof. Bezançona.

Temat biologiczny Zjazdu: *Zmienność biologiczna zarazka gruźlicy*, omówił wyczerpująco Doc. Karwacki z Warszawy. W swoich wywodach opiera się referent nietylko na własnych licznych doświadczeniach, ale uwzględnia również w szerokim zakresie obce prace i wyniki badań, przemawiające za zmiennością prątka gruźliczego.

Zarazek gruźliczy w swej kwasooopornej postaci prątkowej nie jest niezmienny. Może on przejść w pewnych warunkach pracownianych, przy odpowiednim wyborze pożywek, a także i w żywym ustroju w inne formy. Przejściowemi postaciami są cyjanofilne ziarenka (ziarniki gruźlicze), niekwasooporne prątki, postacie przesączalne, oraz postać grzybkowa (streptotryks), która stanowi człon wyjściowy łańcucha przemian zarazka gruźlicy. Należy przyjąć również istnienie rozmaitych postaci pośrednich, a to zwłaszcza wobec stwierdzonej odwracalności przemian.

Referent przyjmuje, że rozmnażanie się zarazka gruźliczego drogą rozpadu na ziarna powstaje wtedy, kiedy zarazek jest wystawiony na działanie czynników szkodliwych, jak wysoka ciepłota, niektóre ciała chemiczne, oraz przeciwciał, albo gdy warunki hodowlane stoją na przeszkodzie w tworzeniu się prątków kwasoopornych. Dość szybko występują postacie ziarniste na pożywkach z odwaru ziemniaczanego, na płynnem żółtku, a przedewszystkiem płynnej surowicy. Postać ziarnista prątka występuje często w ustroju ludzkim w płynach wysiękowych przy gruźliczem zapaleniu jam surowiczych. Przejście postaci kwasoopornych w postać ziarnistą jest *in vitro* i *in vivo* odwracalne. Dalszą formą zarazka gruźliczego jest prątek niekwasooporny, cyjanofilny, który może powstać w podobnych warunkach jak ziarniki, a pozatem również z rozpadu nitek streptotryksa.

W wielu przypadkach gruźlicy płuc udaje się wyhodować z plwociny streptotryksa. Technika uzyskania tych grzybków, stanowiących według referenta postać atawistyczną prątka, polegała w głównej mierze na osłabieniu żywotności prątków kwasoopornych. W kilku przypadkach mógł referent, a za nim i szereg innych badaczy wywołać przez zaszczepienie zwierzętom hodowli streptotryksa objawy gruźlicy z obecnością prątków kwasoopornych, a więc udowodnić możliwość przejścia grzybka w prątka kwasoopornego.

Istnienie postaci przesączalnych zarazka gruźliczego nie ulega według referenta wątpliwości. Z jego własnych doświadczeń wynika, że zarówno postać kwasooporna jak i ziarnik cyjanofilny może przejść w stan przesączalności.

Przejście zarazka przesączalnego w postać kwasooporną odbywa się dość opornie; daje się ono uzyskać względnie łatwo, dzięki wprowadzeniu przez Négre i Valtisa zastrzyknięć wyciągów acetonowych z prątków, zawierających w sobie ciała wosko-tłuszczowe, zwierzętom zakażonym ultrawirusem.

Poza zajęciem gruczołów, jako typowym objawem zakażenia postacią przesączalną, występuje jako dalszy etap chorobowy charłactwo. Zmiany zapalne i serowate opisywane przez niektórych autorów nie miałyby być wywołane przez zarazek przesączalny, a jedynie przez ziarniki i prątki cyjanofilne, w które to postacie w międzyczasie przeszły już w ustroju zwierzęcym formy przesączalne.

Wkońcu omawia referent związek etjologiczny między gruźlicą a ziarnicą złośliwą. Skłania się ostatecznie do przyjęcia, że ziarnica jest to gruźlica atypowa, wywołana przez postacie niekwasooporne zarazka, a przedewszystkiem ziarniki.

Prof. B e n e d e n (Belgja) przyjmuje, że jak z jednej strony jest dowiedzione, że prątek kwasooporny może przejść w formę przesączalną, tak z drugiej strony nie jest prawdopodobne przejście spowrotem tych osłabionych zarazków w postać wyjściową.

Prof. C o u r m o n t (Francja) omawia postać bezotoczkową zarazka gruźlicy *(bacilles nus)*, opisaną przez siebie w r. 1898.

V a n D e i n s e (Holandja) stosował podobnie, jak to uczynili po raz pierwszy Négre i Valtis, wyciągi acetonowe z prątków dla łatwiejszego wykrycia natury gruźliczej rozmaitych produktów w doświadczeniu na zwierzętach.

Prof. L a n g e (Niemcy) podkreślił i uwypuklił luki i braki w systemie zwolenników cyklogenji i postaci przesączalnych zarazka gruźlicy, które nie pozwalają mu ani też wielu innym badaczom, przedewszystkiem niemieckim, przyjąć za rzecz niezbitą istnienie tych form.

L o n g (Stany Zjednoczone) otrzymywał na pożywkach, zawierających azot jedynie pod postacią kwasów aminowych hodowle typu szorstkiego (R), na pożywkach zaś złożonych, zawierających żółtko kurze, hodowle typu gładkiego (S).

N e d e l k o v i t z (Jugosławja) przedstawia morfologię zarazka gruźlicy i jego postacie rozwojowe. Przyjmuje rozmnażanie się prątków drogą linijnego wzrostu i bezpośredniego podziału.

P i a s e c k a-Z e y l a n d (Polska) przedstawia wyniki swoich wszechstronnych doświadczeń i dochodzi wkońcu do wniosku, że niema dostatecznej przyczyny do przyjęcia postaci przesączalnych zarazka gruźlicy.

S a e n z (Uruguay) omawia swe, na wielką skalę zakrojone badania nad dysocjacją prątka Kocha, z których wypływa wniosek, że wszystkie rodzaje i gatunki prątka wywodzą się z jednej pierwotnej hodowli.

Prof. S c h l o s s m a n n (Estonja) wykazał obecność form przesączalnych zarazka, przechodzących przez woreczek z kolodjum i sączki Chamberlanda. Zdolność chorobotwórcza tych zarazków jest bardzo rozmaita.

Prof. V a l t i s (Grecja) w swoim referacie, przedstawionym przez jednego ze swoich współpracowników, uważa, że istnienie fazy przesączalnej zarazka nie może być dziś poddane w wątpliwość, mimo sprzecznych wyników niektórych badaczy, którym jednak referent zarzuca wadliwą technikę i przystąpienie do zagadnienia z pewnym, zgóry już wyrobionym sądem i uprzedzeniem.

Ożywiona dyskusja nad zmiennością zarazka gruźliczego toczyła się w dniach 4 i 5 września. Większość mówców przedstawiała przyczynki do powyższego zagadnienia i to raczej potwierdzające tezy postawione przez Doc. Karwackiego, choć nie brakło i głosów krytycznych. Przemawiali: Prof. U r i z i o (Włochy), Prof. A r m a n d-D e l i l l e (Francja), N a s t a (Rumunja), F o n t e s (Brazylja), L u b a r s k i j (Rosja), Prof. A s c o l i i inni.

B l e c h m a n i G a s p a r (Rumunja) przedstawili wyniki swych doświadczeń, przemawiające za etjologją gruźliczą dychawicy oskrzelowej.

F e j g i n (Polska) wykazała na 10 przypadków ziarnicy złośliwej w 8 obecność prątków gramdodatnich z kwasoopornemi granulacjami we krwi, a w 5 streptotryksy.

Drugim głównym referentem zjazdu był prof. P u t t i, który omówił *postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie.*

Umiejscowienie procesu gruźliczego w układzie kostnostawowym należy uważać za wtórne; za pierwotną uchodzić może gruźlica narządów wewnętrznych, a przedewszystkiem płuc. Z drugiej jednak strony nie można wykluczyć możliwości, że z ogniska kostnego może uwolnić się materjał zakaźny, który zawleczony do płuc wywoła tutaj następowe uszkodzenie tego narządu.

Wychodząc z tych założeń, musimy podkreślić ważność leczenia ogólnego.

Dodatnie wyniki uzyskane w leczeniu klimatycznem odnosi się do jego działania bodźcowego. Dlatego też przyzwyczajenie się do pewnego klimatu znosi choćby częściowo jego wpływ; uchodzi przeto za rzecz wskazaną, by dany bodziec klimatyczny stosować naprzemian z innemi bodźcami, choćby zmieniając klimat.

Poza leczeniem ogólnem należy zawsze mieć na oku również ognisko chorobowe i tu ortopedja wkracza w swe prawa. Unieruchomienie stawu jest podwaliną tego leczenia. Zastosowanie opatrunku gipsowego prowadzi najszybciej i najlepiej do celu, a jest ono jedynym sposobem unieruchomienia w postępowaniu ambulatoryjnem.

Zabiegi chirurgiczne są konieczne, jakkolwiek zakres ich zastosowania jest ograniczony.

Wielkie znaczenie w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej mają zabiegi usztywniające. Celem tych operacyj, które powinny być zawsze zewnątrz-ogniskowe, jest uzyskanie mechanicznego wyniku, a więc unieruchomienie chorego stawu, by w ten sposób stworzyć warunki dla wygojenia i następnie ustalenia tego stawu.

Lepsze wyniki lecznicze można uzyskać wówczas, gdy zabieg wykonuje się w okresie gojenia, a nie w okresie czynnym schorzenia. Operacje usztywniające stosuje się oddawna w gruźlicy kręgosłupa i stawu biodrowego. W ostatnich czasach wykonuje się również *arthrodesis* okołostawową lub przystawową w leczeniu gruźlicy stawu kolanowego, stopy i barku.

Prof. B e z a n ç o n (Francja) przedstawił klinikę gośćca gruźliczego, którego rozpoznanie jest niestety trudne. Tło gruźlicze ostrego zapalenia stawów nie jest jeszcze należycie ustalone.

Prof S o r r e l (Francja) jest zdania, że nie należy zbyt wiele obiecywać sobie po samem leczeniu ogólnem. Jedynym racjonalnym sposobem postępowania jest zapewnienie choremu równocześnie leczenia ogólnego i poświęcenie należytej uwagi narządowi dotkniętemu gruźlicą. Leczenie chirurgiczne i ortopedyczne w zależności od wieku chorego winno być prowadzone rozmaicie.

W gruźlicy kości należy usuwać wszelkie sekwestry z chwilą, gdy oddzielą się należycie od otoczenia, a wtedy należy wykonać to bezzwłocznie. Powinno się przytem oszczędzać ściany jamy, w której sekwestr się znajduje.

Żadnego zabiegu nie powinno się przeprowadzić u chorego, który znajduje się w złym stanie ogólnym, gorączkuje i który nie rozporządza wystarczającemi siłami obronnemi. Dodatnich wyników resekcji można się spodziewać jedynie u chorych, u których przed zabiegiem zaznaczył się już obraz gojenia zmian kostno-stawowych.

C h i e v i t z (Danja) donosi, że w Danji należy się liczyć z zakażeniami gruźlicą typu bydlęcego, a zwłaszcza często występują one u chorych z gruźlicą gruczołów szyjnych i kostnostawową. W Instytucie Finsena w Kopenhadze stosuje się oprócz innych, ogólnie znanych sposobów, naświetlania lampą łukową.

Należy je jednak stosować z przerwami, gdyż w przeciwnym razie działanie bodźcowe tych naświetlań byłoby zniesione. Ponadto coraz częściej stosuje się u dorosłych zabiegi chirurgiczne.

Prof. Erlacher (Austrja) wystąpił jako zdecydowany zwolennik metody operacyjnej. Jedynie metoda operacyjna spełnia warunek szybkiego i możliwie dobrego wyleczenia. Należy jednak zauważyć, że zabieg operacyjny może doprowadzić do idealnego wyleczenia (a więc z ruchomością stawu) jedynie w bardzo wcześnie rozpoznanych przypadkach. Wczesne rozpoznanie gruźlicy kostno-stawowej jest dziś możliwe dzięki znacznemu rozwojowi techniki rentgenowskiej.

Doc. Gebhardt (Niemcy) podkreśla znaczenie leczenia ogólnego, uodporniającego w gruźlicy kostno-stawowej. Zasadą tego leczenia powinno być zmienianie bodźców. W leczeniu chirurgicznem dobre usługi daje zastosowanie prądów o wysokiej częstotliwości do elektrokoagulacji i usunięcia tkanek.

Hyde (Stany Zjednoczone) podnosi konieczność współpracy chirurga z internistą-ftizjologiem w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Głównem zadaniem leczenia chirurgicznego jest doprowadzenie do trwałego usztywnienia chorego stawu.

Delchef (Belgja) zaleca usunięcie ognisk gruźliczych w kościach, a unieruchomienie i usztywnienie drogą operacyjną stawów przy gruźlicy kostno-stawowej u dorosłych. U dzieci zwykle wystarcza opatrunek gipsowy.

Maffei (Belgja) jest natomiast zwolennikiem operacyj radykalniejszych. Nawet w okresie czynnym można otworzyć staw i resekować schorzałe części. Wczesny wiek chorego nie powinien stanowić przeciwwskazania w leczeniu radykalnem.

Palmen (Finlandja) opisuje warunki klimatyczne Finlandji, które mimo że działanie energji słonecznej jest krótkotrwałe, wywierają niewątpliwie dodatni wpływ na gruźlicę kostno-stawową.

Rollier (Szwajcarja) omawia opracowaną przez siebie metodę leczenia gruźlicy kostno-stawowej w klimacie wysokogórskim. W Leysin, gdzie istnieje cały szereg zakładów prowadzonych według jego zasad, leczenie polega głównie na kąpielach słonecznych całego ciała. Wyniki lecznicze według przedstawionych przez referenta zdjęć rentgenowskich i fotografij są tak dobre, że jej twórca jest zwolennikiem prawie wyłącznie konserwatywnego postępowania w gruźlicy kostno-stawowej.

Waldenström (Szwecja) zajął się gruźlicą stawu kolanowego, podkreślając, że ta postać gruźlicy u dorosłych wymaga przeprowadzenia operacji w chwili ustalenia rozpoznania. Najlepszym wynikiem leczniczym, jaki można uzyskać w gruźlicy kolana, jest usztywnienie stawu.

Doc. Wojciechowski (Polska) przedstawia obecny stan leczenia gruźlicy kostno-stawowej w Polsce, opierając się na ankiecie zebranej przedewszystkiem w szpitalach, klinikach i sanatorjach, a obejmującej około 8000 przypadków.

Następnie domaga się mówca stworzenia organizacji pod egidą Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, którąby się zajęła sprawą opieki, nadzoru i leczenia przypadków gruźlicy chirurgicznej.

W dyskusji przemawiało szereg lekarzy jak Jaquerod, Prof. Armand-Delille, Cepulic, Prof. Hübschmann i inni, a z Polaków Gruca, Raszeja, Dega i Wolszczan. Jako ostatni zabrał głos Prof. Putti, podkreślając, że głównym celem leczenia gruźlicy kostno-stawowej powinno być usztywnienie. Przestrzegał przed zbyt jednostronnem zalecaniem czyto wyłącznie leczenia klimatycznego (Rollier), czy też wyłącznie chirurgicznego (Erlacher i inni). Wkońcu podkreślił główny referent potrzebę należytego wykształcenia lekarzy w zakresie rozpoznawania i leczenia gruźlicy chirurgicznej.

Jako osobny punkt porządku dziennego przedstawił Kingsbury (Stany Zjednoczone) wyniki akcji przeciwgruźliczej w pewnym okręgu wiejskim Ameryki Północnej.

W trzecim dniu obrad przedstawiono referat zmarłego Prof. L. Bernarda: *O zużytkowaniu przychodni przeciwgruźliczych dla leczenia chorych na gruźlicę.*

W latach przedwojennych, gdy zasadniczą i jedynie skuteczną metodą leczenia, oprócz objawowego, było leczenie sanatoryjne, przychodnia oczywiście poważniejszych zadań leczniczych spełnić nie mogła. Dziś, gdy w całym świecie leczenie zapadowe zyskało sobie powszechne uznanie, sprawa przedstawia się zupełnie inaczej. Ponieważ leczenie odmowe daje najlepsze wyniki, jeśli chodzi o szybkie odprątkowanie, jest obowiązkiem przychodni leczeniem tem się zająć. Leczenie to powinno być prowadzone jednak zawsze w porozumieniu z lekarzami domowymi i związkami lekarskiemi; powinno ono obejmować chorych niezamożnych.

W drugiej części referatu zostały przedstawione wyniki ankiety obejmującej 25 państw. W trzech państwach przychodnie nie zajmują się wogóle leczeniem, w trzech innych należy to do ich obowiązków, a w pozostałych niema przeszkód w leczeniu chorych przez przychodnie. W 19 krajach przychodnie prowadzą leczenie odmą piersiową. W 4 krajach każdy zgłaszający się może odbyć leczenie w przychodni. Jedynie w 3 państwach chorzy opłacają częściowe koszta leczenia.

Begtrup-Hansen (Danja) donosi, że w Danji ustawa nie zezwala na prowadzenie leczenia w przychodniach, jednak przepis ten, jak zaznacza koreferent, może ulec zmianie, jeśli okoliczności będą tego wymagały. Odmy piersiowe zakłada się w sanatorjach i szpitalach, a dopełnienia otrzymują chorzy najczęściej w tych samych zakładach ambulatoryjnie, bezpłatnie albo za bardzo małą opłatą. Koszta tych dopełnień i przyjazdu chorego pokrywa państwo, ubezpieczalnie, lub samorząd. Ponadto otrzymują chorzy na czas leczenia odmowego tymczasową rentę inwalidzką.

Blümel (Niemcy) jest zwolennikiem ambulatoryjnego leczenia odmą piersiową; uważa jednak, że w Niemczech wobec możliwości przeprowadzenia tego leczenia poza przychodnią, w zakładach, sanatorjach i ambulatorjach szpitalnych, zadanie przychodni powinno ograniczać się do skierowania chorego w odpowiedniej chwili do zakładu i do nadzorowania przypadków leczonych odmą.

Prof. Cepulic (Jugosławja) podaje do wiadomości, że wszystkie przychodnie jugosłowiańskie prowadzą leczenie odmą piersiową.

Dąbrowski (Polska) przestrzega przed zbyt częstem zakładaniem ambulatoryjnem odmy, zwłaszcza chorym pochodzącym ze sfer ubogich, którzy z reguły ponoszą dzięki temu postępowaniu wiele szkód, a którzy właśnie dlatego, że ich warunki domowe są najczęściej najzupełniej nieodpowiednie, powinni otrzymać pierwsze zabiegi odmowe w lepszych warunkach szpitalnych, lub sanatoryjnych.

Wroczyński (Polska) uważa, że w społeczeństwie ubogiem, w którem nie każdy człowiek może się leczyć na własny koszt, jest rzeczą konieczną stworzenie publicznych poradni przeciwgruźliczych, jako ośrodków specjalistycznego leczenia i opieki.

Fergus-Hewat (Anglja) nie chciałby, by przychodnia stała się wyłącznie stacją dopełniającą odmy.

Ilvento (Włochy) przedstawił system zwalczania gruźlicy we Włoszech, który został rozbudowany nadzwyczaj szeroko, dzięki wejściu w życie ustawy o ubezpieczeniu od gruźlicy.

Nasta (Rumunja) jest zwolennikiem nawet zakładania pierwszej odmy w przychodni.

Steinbach-Pollak (Stany Zjednoczone) przedstawił doświadczenia z terenu Ameryki Północnej.

Vcelak (Czechosłowacja) uważa, że prowadzenie leczenia odmowego powinno należeć do ambulatorjów szpitalnych i klinicznych, a nie do przychodni, które mają inne cele przed sobą.

W ograniczonej spowodu późnej pory dyskusji przemawiali Prof. Maragliano, Prof. Courmont, Derscheid, Fedders i inni, godząc się na leczenie odmowe w przychodniach, przy pewnych jednak ograniczeniach.

Na zakończenie Zjazdu przedstawiła Dr. Skokowska-Rudolfowa stan walki z gruźlicą w Polsce.

Zaszczyt zorganizowania następnego X. Międzynarodowego Zjazdu Przeciwgruźliczego przypadnie w r. 1936 Portugalji.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski. Nr. 5. 1934. Hirszfeld L.: Obsługa bakterjologiczna Państwa. — Rudolf Z.: Usuwanie ścieków w osiedlach nieskanalizowanych. — Dambrodt J.: Zadania organizacyjne Towarzystw Przeciwgruźliczych. — Piotrowski E.: Na marginesie ustawy scaleniowej.

Lekarz Polski. Nr. 6. 1934. Grodzieński E.: Ś. p. Doc. Dr. Stefan Okuniewski. — Grzywo-Dąbrowski W.: Zagadnienie sterylizacji. — Hozer J.: Komunał „Wolnego wyboru lekarza" w Ubezpieczalniach Społecznych. — Klęsk A.: Wadliwe strony leczenia specyfikami i szkodzenie praktyce prywatnej przez przepisywanie tychże.

Lekarz Polski. Nr. 7. 1934. Janiszewski T.: Wniosek o reaktywowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. — Sierakowski S.: W sprawie organizacji w Polsce pracowni rozpoznawczych z dziedziny diagnostyki lekarskiej. — Makowski

T.: Sprawa Ubezpieczeń Społecznych w Polsce i Ustawa Scaleniowa. — Rudolf Z.: Zasady Państwowej Kontroli Wody do picia w Polsce. — Kroszczyński S.: Uwagi o koncesjach aptecznych na marginesie projektu ustawy aptekarskiej. — Krasuski S.: Bernardino Ramazzini jako twórca nauki o chorobach zawodowych i jego wpływ na medycynę polską na przełomie XVIII i XIX wieku. — Fleck L.: W sprawie obsługi bakterjologicznej Państwa. — Grünseit J.: O domy dwuizbowe na wsi.

Lekarz Polski. Nr. 8. 1934. Łukaszczyk F.: Podstawy organizacji walki z rakiem. — Błoński W.: Krakowska Izba Lekarska w cyfrach. — Manczarski S.: Znaczenie okoliczności sprawy i wizji lokalnej dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej. — Szymański J.: Warunki rozwoju organizacji „lekarza domowego" oraz sprawności działu lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych. — Wejnberg B.: W sprawie lekarzy sądowych.

Lekarz Polski. Nr. 9. 1934. Chrapowicki T.: VII. lekarski kurs w Ciechocinku.

Lekarz Polski. Nr. 10. 1934. Rudzki S.: IX-y Międzynarodowy zjazd przeciwgruźliczy w Warszawie. — Hozer J.: Przed nowelizacją ustawy scaleniowej.

Lekarz Wojskowy. T. XXIV. Nr. 9. Konopka S.: Józef Piłsudski, honorowy doktor medycyny. — Zembrzuski L.: Dlaczego Szkoła Podchorążych Sanitarnych obchodzi swe święto w listopadzie.

Wiadomości Weterynaryjne: T. XIII. Nr. 171. Kobusiewicz T.: Znaczenie miana antytoksycznego surowicy zwierząt uodpornionych anatoksyną tężcową dla oceny wartości antygenowej anatoksyny.

Prasa Lekarska. Nr. 11. 1934, oraz *Monografje Lekarskie.* Z. 10/11: Wojciechowski Z.: Gruźlica chirurgiczna.

Ginekologja Polska. T. XIII. Z. 7—9. 1934. Bocheński K.: Operacja Kakuszkina w przypadkach tyłozgięcia macicy. — Sedlis E.: Cięcie cesarskie a śmiertelność noworodków. — Wiślański K.: Szyszynka jako gruczoł wydzielania wewnętrznego i próby zastosowania leczniczych jego własności w położnictwie i w chorobach kobiecych. — Gerhardt L. i Popielski B.: O rozpoznawaniu płci płodu w łonie matki. — Stöckl E.: Obraz histologiczny jajników w przypadkach włókniaków macicznych. — Zelikson E.: Metoda Aschheima - Zondeka - Friedmanna i jej odmiany. — Perl J.: Przypadek samoistnego częściowego oddzielenia się szyjki macicy podczas porodu. — Wójcicki H.: Postępowanie w przypadkach podwójnej wady rozwojowej macicy.

Położna. Nr. 9 i 10. 1934. Cieszyński F.: Alkohol a przesilenie i bezrobocie. — Eljaszówna A.: O zakażeniach ropnych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 44. 1934. Duczko K.: Elektrosynteza amalgamatów: srebra, cyny i cynku oraz budowa tychże. — Estreicher T.: Jan Zeh (c. d.).

Młoda Matka. Nr. 21. 1934. Wiszniewski J.: O przechodzeniu składników odżywiania i leków do pokarmu matki. — Zaks M.: Higjena, pielęgnacja i rozwój dziecka w obrazkach. — Klęsk A.: Kwestja wzrostu człowieka.

OCENY.

Hormone und innere Sekretion. (Hormony i wewnętrzne wydzielanie). FRITZ LAQUER. Drugie wydanie. Str. XII + 352. Dresden. Steinkopff. 1934. Cena 18 mk. niem.

Niewiele gałęzi wiedzy może poszczycić się takiemi zdobyczami, jak nauka o hormonach. Zawrotne tempo rozwoju tej nauki wraz z następstwami tego rozwoju dla lecznictwa uwidaczniają dwie tablice, które autor omawianej książki podaje, jako ilustrację swoich końcowych rozważań. Jedna z tych tablic przedstawia stan wiedzy w r. 1928; wymieniono w tablicy jedenaście hormonów, z których dwa jedynie posiadały cechy chemiczne, mogące być drogowskazem w ich izolowaniu; jedynie sześć z wymienionych w tablicy hormonów miało zastosowanie terapeutyczne. Natomiast tablica uwidaczniająca stan wiedzy w r. 1934, obejmuje dwadzieściapięć hormonów; pięć z nich daje się badać metodami chemicznemi, a siedmnastu używa się w lecznictwie. To potężne rozszerzenie horyzontu nauki o hormonach oparło się na pracy wielu autorów wszystkich cywilizowanych narodów; pobieżne nawet przejrzenie całości ogłaszanych prac jest dla bardzo nawet pracowitych badaczy rzeczą niemożliwą; zadaniem recenzowanej książki jest zebranie piśmiennictwa światowego w nauce o hormonach (autor zdaje sobie sprawę z niemożliwości podania zupełnej literatury) oraz poinformowanie czytelnika o obecnym stanie nauki o poszczególnych hormonach. Zadanie swoje rozwiązał autor znakomicie; uwzględnione piśmiennictwo jest olbrzymie (np. o insulinie 1245 punktów, o tyroksynie 1000 punktów i t. d.), ale autor nie ograniczył się do wymienienia poglądu poszczególnych autorów, lecz przedstawia również własny pogląd na omawiane zagadnienie i dlatego książka jest nietylko pożyteczną, ale i przyjemną. Powinna ona znaleźć się w ręku lekarza-praktyka, któremu pozwoli wytworzyć sobie pogląd na znaczenie hormonów w lecznictwie. Bez omawianej książki nie będzie w stanie badacz, pracujący nad hormonami i ich działaniem, zorjentować się w gęstwinie piśmiennictwa światowego.

Wśród coraz liczniejszych prac, mających za zadanie udostępnienie naukowego piśmiennictwa światowego, wysuwa się recenzowana książka na jedno z pierwszych miejsc.

W. Mozołowski (Lwów).

Les Ultravirus Pathogènes et Saprophytes (Zarazki przesączalne). P. HAUDUROY. Masson, Paris. 1934. 60 fr. fr.

Monografja Pawła Hauduroy postawiła sobie za zadanie przedstawienie możliwie najdokładniejsze dzisiejszego stanu wiedzy o zarazkach przesączalnych. Może to więc nietylko wina autora ale i stanu naszej wiedzy w tym zakresie, że praca ta często robi wrażenie wprost referowania zapatrywań poszczególnych badaczy bez usiłowania ujęcia całości olbrzymiego materjału faktycznego w pewną jednolitą całość. Czyż te pewne braki nawet i w tytule się nie uwidaczniają w tem trochę nielogicznem określeniu zarazków niechorobotwórczych (*...virus* (a więc coś zjadliwego) *saprophytes* (niechorobotwórcze, bo przeciwstawione do *pathogènes).* W rzeczywistości chodzi tu o zarazki, rozpowszechnione np. u królików i niedziałające w warunkach naturalnych chorobotwórczo ale zdolne do wywołania np. zapalenia mózgu u królika po zakażeniu domózgowem.

Autor w pierwszej części swej pracy opisuje przedewszystkiem całą złożoną technikę sączenia materjałów zakaźnych, metody sporządzania sączków, metodykę elektroultrafiltracji, kataforezy, zjawisk adsorpcyjnych, wreszcie próby hodowli i metod barwienia zarazków przesączalnych. Cały ten dział techniczny opracowany jest szeroko i szczegółowo.

W części drugiej swej pracy zbiera autor naogół bardzo treściwie wiadomości o każdym z zarazków przesączalnych opisanych w piśmiennictwie, podaje krótki obraz chorobowy zakażenia, dane z anatomji patologicznej, własności fizykalne, chemiczne i biologiczne zarazka, dane doświadczalne co do jego chorobotwórczości, uwagi epidemjologiczne, wreszcie sposoby uodparniania przeciw chorobie, przez dany zarazek wywoływanej. Opisanych jest 72 zarazków, w ten sposób stosunkowo niewielki rozmiar monografji (450 stron) przyczynia się do tego, że ta część szczegółowa jest często bardzo pobieżna (np. metody szczepienia przeciwwściekliznowego wyliczone tylko, bez podania sposobu ich wykonania). W części szczegółowej uwzględniony jest i bakterjofag, jako zarazek przesączalny, pasorzytujący na bakterjach.

Część trzecia, —bardzo krótka, daje próby ogólnego ujęcia nauki dzisiejszej o istocie i własnościach zarazków przesączalnych, przyczem autor omawia specjalnie różnice, jakie według niego istnieją pomiędzy zarazkami przesączalnemi w ścisłem tego słowa znaczeniu a postaciami przesączalnemi bakteryj, jak np. prątka gruźlicy i innych.

W pracy całej widać wielki wysiłek autora, by uwzględnić całe dzisiejsze piśmiennictwo tego zakresu, najdokładniej uwzględnione są prace francuskie ewent. w języku francuskim ogłaszane. Ilość źródeł uwzględnionych prac, przeważnie najświeższych jest często imponująca.

Fatalna korekta przepuściła wiele błędów w nazwiskach i fachowych określeniach. *St. Legeżyński* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Ostry obrzęk płuc pochodzenia sercowego i jego stosunek do presoreceptorów. S. WASSERMANN. Klin. Wschr. 1933.

Ostry obrzęk płuc pochodzenia sercowego i jego mechanizm reflektoryczny. S. WASSERMANN. Wien. Arch. f. in. Med. 1934.

W obu pracach autor zbija zapatrywania o zastoinowem tle ostrego obrzęku płuc pochodzenia sercowego i uzasadnia swój pogląd o źródle odruchowem tego zbioru objawów. Ostry „sercowy" obrzęk płuc jest, zdaniem jego, wynikiem odruchu, rozwijającego się w sercowo-płucnym odcinku układu wegetatywnego z rozpromienianiem i w innych obszarach. Za tem pochodzeniem ostrego

„sercowego" obrzęku płuc według autora przemawia: a) możność przerwania napadu przez ucisk tętnicy dogłowowej w miejscu jej rozgałęzienia (Hering); b) obraz kliniczny i tło anatomiczne; c) częste wikłanie się ostrego „sercowego" obrzęku płuc z innym zbiorem objawów o podobnem pochodzeniu odruchowem, jak dusznica bolesna, lub dychawica sercowa. Opierając się na tych zapatrywaniach autor stara się uzasadnić pewne wskazania lecznicze w omawianej sprawie chorobowej, których podstawą będzie przedewszystkiem leczenie uspokajające przeciwodruchowe.

M. Franke (Lwów).

Blok między przedsionkami. D. SCHERF i H. SIEDEK. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 127. str. 77—88.

Na sercach psów *in situ* udało się wywołać blok między przedsionkami przez przerwanie przewodnictwa w pewnej wiązce mięśni. Następowe zniszczenie wiązki *a-v* spowodowało blok przedsionkowo-komorowy. Otrzymano zatem na sercu *in situ* trzy odcinki serca, bijące własnym rytmem. Skurcze dodatkowe i trzepotanie przedsionków nie przechodziły z jednego przedsionka na drugi. W klinice obserwowano jeden przypadek zaczopowania lewej tętnicy wieńcowej tuż przed podziałem jej na dwie główne gałęzie (autopsja), w następstwie czego wystąpił — podobnie jak w doświadczeniu — zupełny blok przedsionkowo-komorowy i ciężkie zaburzenia przewodnictwa śródprzedsionkowego.

H. Długosz (Lwów).

Wpływ ogrzewania, oziębiania i rozciągania jednej połowy serca na elektrokardjogram. A. WEBER i H. BAUMANN. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 41—45.

Zmiany położenia serca wpływają na elektrokardjogram. Pytanie, czy *tylko* położenie serca. Z badań autorów na sercach kotów i królików *in situ*, z przepływającym płynem Tyrode'a, wynika, że ogrzanie, oziębienie i rozciąganie jednej połowy serca powodowało zmiany w krzywej Ekg w sensie „przewagi" jednej połowy serca, mimo braku lub nieznacznych zmian położenia serca. Więc nietylko zmiany położenia serca lecz także zmiany w samem sercu mają równie wielki wpływ na kształt Ekg.

H. Długosz (Lwów).

Zmiana elektrokardjogramu pod wpływem większej pracy jednej komory. A. WEBER. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 46—50.

Skurcze dodatkowe lewokomorowe mają na krzywej Ekg taki sam kierunek jak przy większej pracy prawej komory, a skurcze dodatkowe prawokomorowe jak przy większej pracy lewej komory. Podobne zmiany w elektrokardjogramie występują w razie niedrożności jednej wiązki Tawary. Autor podaje, jak odróżnić od siebie takie krzywe. Wspólną cechą tych przypadków jest zaburzenie w przewodzeniu podniety mianowicie zwolnienie przewodnictwa. Jeżeli *ceteris paribus* prądy czynnościowe z prawej i lewej komory następują po sobie w zwolnionem tempie, wychylenie początkowe jest wyższe i szersze. Jeżeli zwolnienie przewodnictwa występuje po jednej stronie, zmienia się kierunek wychylenia początkowego. Przy zwolnieniu przewodnictwa po prawej (rozszerzenie prawej komory, większa jej praca) ekg. ma typ sinistrokardjogramu („przewaga" serca lewego), przy zwolnieniu przewodnictwa po lewej (rozszerzenie lewej komory i większa jej praca) ekg. ma typ dekstrokardjogramu („przewaga" serca prawego). Zamiast „przewaga" serca prawego względnie lewego radzi więc autor używać określenia: zwolnienie przewodnictwa (pobudzenia) z lewej względnie prawej, ażeby wyrazić w ten sposób mechanizm zmian powyższych.

H. Długosz (Lwów).

System wkrewno-wegetatywny w rozmaitych schorzeniach. N. KABANOW. Endokrinologie. T. X. Z. 5 i T. XI. Z. 6. 1932.

Autor przedstawia w dwóch artykułach szereg nowych metod oznaczania stanu wkrewno-wegetatywnego Polegają one na stosowaniu wyciągów gruczołowych, jako drażników (przedni płat, tylny płat przysadki, ciałka nabłonkowe, tarczyca i adrenalina) i oznaczania przed i po stosowaniu tych wyciągów zawartości cukru we krwi, ilości limfocytów, ilości moczu i kwasoty soku żołądkowego. Zawartość cukru we krwi zwiększa się po podskórnem podaniu 1 cm³ wyciągu tylnego płatu przysadki, tarczycy i adrenaliny, natomiast zmniejsza się po wyciągu przedniego płatu i ciałek przytarczycznych. Kwasota żołądka wzmaga się po wyciągu przedniego płatu i ciałek nabłonkowych, opada po tylnym płacie i tarczycy. Zawartość limfocytów podnosi się po wyciągu przedniego płatu a opada po wyciągu tylnego płatu. Wydzielanie moczu zwiększa się po wyciągu przedniego płatu, tarczycy i adrenaliny, zmniejsza się po wyciągu tylnego płatu i ciałek nabłonkowych.

St. Liebhart (Lwów).

O drodze rozszerzenia się podniety w komorze. B. HAAGER i A. WEBER. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 127. Str. 51—56.

Badania przeprowadzano na izolowanych sercach żab i królików. Jeżeli równocześnie pisze się elektrokardjogram z odprowadzenia: prawa podstawa serca — lewa podstawa, prawa podstawa — koniuszek i lewa podstawa — koniuszek, można oznaczyć drogę rozszerzania się podniety w komorach. Pobudzenie zaczyna się w tej części serca, w której dwa graniczące ze sobą odprowadzenia na początku R wykazują negatywność. Np. jeżeli w odprowadzeniu: prawa i lewa podstawa, prawa podstawa i koniuszek jest R pozytywne, to prawa podstawa na początku R jest negatywna, więc w prawej podstawie powstaje podnieta.

Z zachowania się R w odprowadzaniu przeciwnem do pierwotnie pobudzonej części można ustalić część na końcu pobudzoną.

H. Długosz (Lwów).

Parhormony jako czynnik aktywny lizatów. O. STEPPUN, F. GUBAREW, N. UGAROWA. Klin. Med. T. XII. Nr. 8, 1934.

Parhormony czyli hormony tkankowe (histamina, adenozyna, cholina i inne) są substancjami o znacznej aktywności, regulujące funkcje poszczególnych narządów i organizmu jako całości tak, że pod względem zakresu działania można je uważać za równorzędne z hormonami gruczołów dokrewnych. Zdaniem autorów hormony tkankowe odgrywają również ważną rolę w lizatoterapji. Doświadczalne badania autorów na zwierzętach wykazały, że parhormony — histamina i cholina (i ich pochodne) — znajdowały się w badanych lizatach serca, śledziony i mięśni, a adenozyna w lizatach serca i mięśni obwodowych. Lizaty czyli nieswoiste produkty rozpadu białkowego znacznie aktywują działanie parhormonów.

Autorowie twierdzą, że wynik leczniczy lizatoterapji polega w znacznym stopniu na obecności parhormonów aktywowanych produktami rozpadu białka.

M. Segal (Lwów).

Próby wywołania „mięsaka pomidorowego". ŁARIONOWA, PAWŁOWA, SZELAD. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 6, 1934.

Autorowie skontrolowali doniesienie Bellows i Askanazy o tem, że sok pomidorowy wprowadzony do jamy brzusznej szczurów wywołuje w jamie brzusznej mięsaka w 100%. Badania swoje przeprowadzili na 60 zwierzętach, stosując technikę podaną przez autorów. Czas trwania doświadczenia — 6 miesięcy. Wnioski: sok z pomidorów powoduje powstanie licznych guzów nowotworowych, które po zbadaniu mikroskopowem wykazały cechy ziarniniaka. Ogniska te, niemające nic wspólnego z mięsakiem, z biegiem czasu cofały się aż do zupełnego zniknięcia. Sok z pieprzu nie wywoływał żadnego bujania tkankowego.

M. Segal (Lwów).

Silnie czynna substancja w gruszce miłosnej (niem. Tomatenfrucht, łac. solanum esculentum) o działaniu podobnem do histaminy, równocześnie przyczynek do wyjaśnienia leczniczego działania soku świeżych jarzyn. F. GLEICHMANN. Ztschr. f. kl. Med. Bd. 127, S. 111—131.

Podając różnym chorym sok jarzyn według Gersona (½—1 l dziennie) zauważono u nich uczucie gorąca w całem ciele, z równoczesnem zaczerwieniem twarzy, uczucie ciśnienia w głowie i lekkie zawroty, przyśpieszenie tętna i lekkie obniżenie ciśnienia krwi. U chorych z wilkiem występowało przekrwienie ognisk chorobowych. Powyższe objawy naczyniowe nasuwały myśl, czy w soku ze świeżych jarzyn niema substancji działającej na narząd krążenia. Okazało się, że jest ona w gruszce miłosnej, w owocach dojrzałych, zielonych i konserwowanych. Substancja jest przesączalna przez sączek Berkefelda, po 1—2 godzinach gotowania na łaźni wodnej traci tylko nieznacznie na działaniu, można ją otrzymać w postaci krystalicznej, przechowywać w tym stanie przez szereg dni, po rozpuszczeniu w wodzie działa jak poprzednio, oporna dla trawienia kwasu solnego z pepsyną. Działanie jej polega na: podwyższeniu napięcia jelita, macicy, woreczka żółciowego, żołądka świnki morskiej, na pobudzeniu wydzielania soku żołądkowego (ilości i kwasoty, przyczem działa bezpośrednio na kom. wydzielnicze), na obniżeniu ciśnienia krwi u psa i królika, atropinowanych i nieatropinowanych, wzmaga moczenie, wytwarza bąble skórne po podaniu śródskórnem. Działanie jej podobne jest zatem do działania histaminy, zidentyfikowanie przed dokładnem zbadaniem chemicznem niemożliwe.

W świetle powyższych wyników zrozumiały staje się korzystny wpływ leczenia sokiem ze świeżych jarzyn w zaburzeniach ruchowych włośniczek, w nadciśnieniu, migrenie, zaburzeniach w naczyniach wieńcowych *(angina pect. angiospast.)* obrzęku Quinckego, wyprysku na tle zaburzeń we włośniczkach i innych schorzeniach skórnych *(lupus vulgaris, acne rosacea)*, w gośćcu

mięśniowym, neuralgjach i niektórych schorzeniach stawów. W tym sensie można leczenie sokiem jarzyn porównać do masażów, działania gorącego powietrza, diatermji, jontoforezy, okładów borowinowych, kąpieli, hartowania i do pewnego stopnia do przekrwienia zastoinowego Biera.

Pobudzenie wszystkich procesów trawienia poprawia wydalanie niedopałków przemiany materji i wpływa leczniczo na chroniczne schorzenia. *H. Długosz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Odczyn monocytarny w gruźlicy wysiękowej i krwiopochodnej. Augusto FABRIS. Lott. c. l. tuberc. Nr. 1, Str. 19—26. 1934.

Autor stwierdził w poprzedniej swej pracy, że w miarę uczynniania się procesu gruźliczego i zajmowania przezeń coraz większej przestrzeni, we krwi zwiększa się ilość monocytów a zmniejsza się ilość limfocytów. Jak wiadomo, gruzełki pod względem histogenetycznym (komórki epitelioidalne i olbrzymie) mają wywodzić się z monocytów. Podobnie jednak i elementy charakterystyczne dla zmian wysiękowych (śródbłonki płucne) przez większość autorów są uważane za pochodne z układu ś-s. Jaka więc jest zależność stosunku limfocytów do monocytów od różnych postaci gruźlicy? Autor zbadał 20 przypadków gruźlicy wysiękowej (prosówki i zmiany drobnoguzkowe przewlekłe i podostre) i 15 przypadków gruźlicy wysiękowej *(pneumonia caseosa, bronchopneum. cas.,* nacieki obustronne). Wyniki: liczba absolutna monocytów w gruźlicy wysiękowej utrzymuje się w granicach prawidłowych, w gruźlicy wytwórczej wzrasta 5—6 krotnie. Ale stosunek limfocytów (monocytów) w postaciach wysiękowych obniża się spowodu limfopenji, jeszcze więcej maleje w postaciach wytwórczych spowodu znacznej przewagi monocytów. Z tego też powodu sam stosunek ma małe znaczenie kliniczne i prognostyczne. Pozatem autor wyraża pogląd, że monocytoza jest wyrazem pobudzenia układu ś-s. całego organizmu i dlatego zaznacza się w gruźlicy wytwórczej, w której często wiele narządów jest zajętych, podczas gdy w gruźlicy wysiękowej pobudzony jest tylko układ ś-s. miejscowy *(alveolitis desquamativa),* wobec czego monocytozy się nie stwierdza. Im większa zaś jest przestrzeń chorobowo zmieniona, tem większa będzie monocytoza. *Skibiński* (Zakopane).

Wartość kliniczna odczynu hamowania według Skibińskiego. Z. MROMLIŃSKI. Gruźlica. R. IX. Nr. 2.

Autor przeprowadzał badania porównawcze odczynu Biernackiego (O. B.) i odczynu hamowania na 71 przypadkach, w tem 56 przypadków gruźlicy płuc, pozostałe przypadki obejmowały inne schorzenia i ludzi zdrowych. W 32 przypadkach gruźlicy płuc odczyny wykonano kilkakrotnie w odstępach 3—5 tygodni. Wyniki otrzymane wykazały w pewnej tylko części przypadków zgodność ze stanem klinicznym. W dużej ilości przypadków, zwłaszcza tam, gdzie odczyn powtarzany był kilkakrotnie, wyniki były chwiejne, niestałe, wykazując często nieoczekiwane wahania i odchylenia znacznie liczniejsze od odchyleń O. B.

Autor podkreśla, że niezgodności te możnaby ewentualnie tłumaczyć częściowo zbyt uproszczoną techniką odczynu, w badaniach swoich posługiwał się metodą „uproszczoną" podaną przez Skibińskiego dla użytku powszechnego, podczas gdy autor próby posługiwał się w swoich badaniach dla jednej i tej samej krwi szeregiem prób ze zmienną ilością antygenu. *A. Donhaiser* (Kraków).

O zakażeniu i szczepieniu gruźlicy. (Uwagi o pracy Heimbecka drukowanej w Med. Klin. Nr. 52, 1933). DIETL. Med. Klin. Nr. 19, 1934.

Autor omawia pracę Heimbecka, która w I swej części ma dać wyraz częstości zakażenia gruźlicą ludności m. Oslo, miarą której jest wynik odczynu Pirqueta. II-ga część omawia schorzenia, które mogą nastąpić bezpośrednio po zakażeniu, III-cia część mówi o podskórnem szczepieniu B. C. G. i o jego skutkach. Heimbeck wykonał próby skórne tuberkuliną na mieszkańcach miasta Oslo. Według autora próby te nie dają obrazu zakażenia ludności gruźlicą, gdyż były oparte tylko na odczynie Pirqueta. Heimbeck uzyskałby dokładniejsze dane, gdyby posługiwał się odczynem śródskórnym. Drugi zarzut dotyczy mianownictwa. Heimbeck badał odczynem Pirqueta dziewczęta około 20-letnie, wstępujące do szkoły pielęgniarek. Z 1129 dziewcząt dało odczyn dodatni 543 (48%).

Jednak w ciągu 3 lat pracy w szkole, podczas których musiały pracować i na oddziale gruźliczym, wszystkie miały „Pirqueta" dodatniego. Okazało się, że z pielęgniarek, u których przy wstąpieniu do szkoły „Pirquet" wypadł dodatnio, zachorowało na gruźlicę 5%, podczas gdy ze „skórnie ujemnych" zachorowało na gruźlicę 35%, z tych 10 chorych umarło.

Z tego, według autora, Heimbeck może tylko wyciągnąć wniosek, że alergja stwarza dobrą odporność względem powtórnego zakażenia.

Jako „nadpierwotne" w znaczeniu Wadowitza oznaczamy tylko te schorzenia gruźlicze, które występują bezpośrednio po I-em zakażeniu. Tutaj należą pryszczyk *(Phlyctaena),* rumień guzowaty, naciek pierwotny.

Natomiast zapalenie opłucnej, zapalenie opon mózgowych, które Heimbeck u swoich pierwszy raz zakażonych pielęgniarek widywał, nie są właściwie nadpierwotne, ale w każdym razie wczesno-wtórne, t. zn. występują nie bezpośrednio ale w krótkim czasie, w kilka miesięcy, po pierwszem zakażeniu. Należało pamiętać o tem, co mówi Hamburger, że właśnie kandydaci na gruźliczych wcale nierzadko są zmniejszonej wrażliwości, przytem tylko słabo na tuberkulinę oddziaływują, a więc odczyn Pirqueta może u nich wypaść ujemnie. W III-ciej części swej pracy omawia Heimbeck swe spostrzeżenia na temat podskórnego szczepienia szczepem B. C. G. i dochodzi do wniosku, że tylko w tych przypadkach szczepienie B. C. G. wywołuje odporność, gdzie ono wzbudziło alergję.

Ponieważ alergja wywołana B. C. G. jest przejściowa, wydaje się Heimbeckowi pożądanem jeszcze w stadjum alergji poddać szczepionych zakażeniu naturalnemu, tem bardziej, że w tym okresie zjadliwe zakażenie jest zupełnie nieszkodliwe. W zakończeniu Heimbeck odpiera zarzuty stawiane przez Dr. Dietla, co do ścisłości badań odczynem Pirqueta, a zarzut co do określenia „nadpierwotne" czy „wczesno-wtórne" nazywa tylko grą słów. *J. Jaskólska* (Kraków).

O leczeniu powikłań opłucnowych w przebiegu odmy. Ettore RUGGIERI. Lott. c. l. tuberc. Nr. 1, 26—43, 1934.

Po przedstawieniu patogenezy powikłań odmowych autor omawia leczenie, które uważa za najodpowiedniejsze. W leczeniu wysięków surowiczych i surowiczo-włóknikowych powinna obowiązywać zasada: płyn wypuścić i zastąpić go gazem. Ponieważ istnieje obawa zakażenia wysięku i wytworzenia przetoki ściennej, należy zachowywać pewne ostrożności: igłę wkłuwać wysoko, aby rana nie znalazła się pod działaniem zbierającego się na nowo płynu. Przed wyciągnięciem należy światło igły przemyć lub przeczyścić rozpalonym mandrynem. Wkłuwać nie wolno nigdy w miejscu, które dotknęliśmy poprzednio palcem. Przy ropniakach aseptycznych oprócz aspiracji ropy stosować należy przemywania (aparat Morelli'ego). Jeżeli wyleczenie nie nastąpi do roku, to wytwarza się tak wielka *pachypleuritis*, że konieczną jest torakoplastyka. Gdy mamy do czynienia z ropotokiem septycznym, to błędem byłoby czas tracić na wypuszczaniu ropy, przemywaniu lub wprowadzaniu gomenolu. Należy odrazu przystąpić do pleuro- lub torakotomji i drenowania zamkniętego, a gdy faza ostra przeminie, do torakoplastyki. Szczególnie pożyteczną i skuteczną jest stała aspiracja, która wytwarza ciśnienie ujemne i przekrwienie opłucnej, umożliwia odpływ ropy zakażonej, rozprostowanie się płuca i zanik jamy ropnia. Stała aspiracja pożyteczną jest także i wtedy, kiedy istnieje przetoka płucno-opłucnowa, przy której grozi zachłystowe zapalenie płuc po stronie przeciwnej w następstwie wymiotów ropnych. Przy takiem leczeniu proces uspokaja się szybko na tyle, że wcześnie można wykonać torakoplastykę. *Skibiński* (Zakopane).

Białkomocz w gruźlicy płuc. F. ŁABENDZIŃSKI. Gruźlica. R. IX. Nr. 1.

Autor przedstawia wyniki swych badań nad wystąpieniem białkomoczu u chorych gruźliczych. Na 1500 przebadanych chorych spotkał się z nim w 6,5% przypadków. Obok wszystkich rodzajów schorzeń nerek, jakie u gruźliczych zachodzić mogą, duży niewątpliwie odsetek przypadków przypada na schorzenia natury swoistej, przyczem obok istotnej t. zw. chirurgicznej gruźlicy nerek, spotykamy szereg schorzeń o charakterze t. zw. gruźliczego zapalenia nerek, sprawy zapaleniowej, względnie zwyrodnieniowej, ogniskowej albo rozlanej, bez istnienia charakterystycznych dla gruźlicy tworów, w postaci gruzełków, zserowacenia i t. p.

Ścisłe rozpoznanie rodzaju schorzenia wyłącznie na zasadzie objawów klinicznych i badania moczu zwykłemi metodami jest często wykluczonem, również próby czynnościowe i badanie moczu na prątki niezawsze prowadzi do ostatecznego wyjaśnienia sprawy. Dokładne rozpoznanie poszczególnych postaci zmian patologicznych w nerkach odgrywałoby jednak dużą rolę, już chociażby tylko ze względu na ewentualne możliwości lecznicze. *A. Donhaiser* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Leczenie radem zmian poprzedzających zwyrodnienie rakowe części pochwowej. DEGRAIS. Pres. Méd. Nr. 33, 1934.

W przypadkach owrzodzeń na części pochwowej, w których mikroskop nie jest w stanie rozstrzygnąć, czy zmiany w komórkach są jeszcze banalne, czy też już charakteru rakowego, radzi autor stosować leczenie radem, zakładając 12 mg radu do szyjki i 12 względnie 24 mg do pochwy na 24 godzin. Po tygodniu należy leczenie powtórzyć. W 6 do 8 tygodni zmiany w szyjce zabliźniają się zupełnie. Nie zauważono nigdy zarośnięcia kanału szyjki. Perjody zatrzymywały się na przeciąg 8—15 miesięcy. *Z. Rychlowski* (Lwów).

Próby leczenia raka ołowiem. R. DALIMIER i A. SCHWARTZ. Pres. Méd. Nr. 45, 1934.

Zachęceni wynikami Blair Bella, który wstrzykiwaniami ołowiu osiągał w przypadkach raka do 35% wyleczeń, stosowali autorowie połączenia koloidalne względnie organiczne ołowiu w 24 przypadkach najrozmaitszych postaci raka zaniedbanych jakoteż i początkowych. Obserwowano jedynie w kilku przypadkach pewne zresztą krótkotrwałe polepszenie. Wykonane w szeregu przypadkach badania sekcyjne nie wykazały obecności ołowiu w tkankach nowotworowych. Wynikałoby stąd, że komórka rakowa nie wchłania ołowiu, a ewentualne działanie tego metalu ogranicza się jedynie do pośredniego nieswoistego i przemijającego zadziałania na nowotwór.

Z. Rychlowski (Lwów).

Stosowanie pernoktonu w napadzie drgawek porodowych. M. C. BOON v. OCHSSEE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95, z. 4—5.

Opierając się na obszernem piśmiennictwie oraz na swoich 3 przypadkach, zaleca autor stosowanie pernoktonu w drgawkach ciążowych i porodowych. Główną zaletą tego środka jest jego zupełna nieszkodliwość, zwłaszcza brak wpływu szkodliwego na nerki, — dalej działanie obniżające na ciśnienie krwi (szczególnie cenne w eklampsji) a wreszcie niezawodny kilkugodzinny, uspokajający wpływ na system nerwowy. Przeciwwskazaniem dla pernoktonu są: młodociany wiek, histero-neurastenja, hipotonja, wól toksyczny, silne otłuszczenie i alkoholizm.

J. Lenczowski (Lwów).

O nowym sposobie natychmiastowego tamowania krwotoków atonicznych po porodzie. P. A. BOJKO. Wracz. Dieło Nr. 5, 1934.

Stojąc z boku pacjentki leżącej na plecach wprowadza się cztery palce za spojenie łonowe i odpycha macicę ku górze w kierunku wyrostka mieczykowatego. Krwawienie ustaje skutkiem zwężenia światła rozciągniętych tętnic macicznych. Ponieważ przy tym sposobie dolny odcinek zostaje przyciśnięty do ścian miednicy, możnaby przypuszczać, że zatamowanie krwawienia jest tylko pozorne, a krew w dalszym ciągu gromadzi się w jamie macicy powyżej miejsca uciśniętego. Obserwacje autora wykazały, że tak nie jest i że krwawienie ustaje wskutek zupełnego wstrzymania dopływu krwi do macicy, prawdopodobnie wskutek rozciągnięcia i zwężenia światła tętnic macicznych a także nasiennych wewnętrznych. *M. Segal* (Lwów).

Wyniki stosowania metody Simforowa. Klin. Med. T. XII, Nr. 8, 1934.

Metoda Simforowa polega na jednorazowem wstrzyknięciu 1—3 cm³ 7,5% jodku potasu lub sodu do ściany brzusznej w okolicy bolesnej jako środka rozpoznawczego, a przedewszystkiem leczniczego w przypadkach „wisceralgji" o niejasnej etjologji bez wyraźnych zmian organicznych i niepodatnych na zwykłe metody lecznicze.

Autor skontrolował tę metodę w 123 przypadkach ginekologicznych i chirurgicznych i naogół potwierdza wyniki uzyskane przez S. W kilku przypadkach, które zawiodły, stwierdzono schorzenia organiczne. Objawy ustąpiły po zastosowaniu odpowiedniego leczenia (apendektomja). W 89% stwierdzono zupełne wyleczenie. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie wstrzykiwań domacicznych i pędzlowań jodyną. K. F. BOGUSZ. Centr. Med. Żurn. T. XIV, Nr. 1, 1934.

Stosowanie jodyny dla celów leczniczych przy pewnych ścisłych wskazaniach jest uzasadnione i korzystne. Stosowanie wstrzykiwań domacicznych a także pędzlowanie jodyną, jako środek zapobiegawczy przeciw ciąży, jest nieuzasadnione teoretycznie a praktycznie jest niepewne. Wprowadzenie jodyny do jamy macicy stwarza warunki predysponujące do powstania ciąży pozamacicznej, pozatem istnieje niebezpieczeństwo pobudzenia utajonego zakażenia. Wchłanianie jodyny wywołuje zaburzenie funkcji fizjologicznej miejscowo, t. zn. narządu rodnego a także całego organizmu.

Uwzględniając niebezpieczeństwo a także niepewność jodyny jako środka zapobiegawczego przeciw ciąży — autor ostrzega przed stosowaniem tej metody. Wprowadzenie jodyny do jamy macicy winno być przeprowadzone tylko w warunkach klinicznych ze względu na możliwe powikłania. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie leczenia wymiotów niepowściągliwych u ciężarnych. N. CZUKAŁOW. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 6, 1934.

Cztery przypadki wymiotów niepowściągliwych ciężarnych leczono upustem krwi (100—200 cm³) — w trzech przypadkach z dobrym wynikiem. Autor opierał się na obserwacji, że upusty krwi przy rzucawce porodowej i innych postaciach zatrucia dawały dobre wyniki; wymioty niepowściągliwe ciężarnych są jedną z postaci toksykozy. *M. Segal* (Lwów).

Uroterapja przy niektórych schorzeniach ginekologicznych. A. M. AGARONOW. Klinicz. Med. T. XII. Nr. 7. 1934.

Mocz ciężarnej jest preparatem wielogruczołowym, zawierającym znaczne ilości hormonu jajnikowego, przedniego płatu przysadki i innych gruczołów dokrewnych. Według Zondeka 1 litr moczu kobiety, będącej w ostatnim miesiącu ciąży, zawiera 4—6 tysięcy jednostek mysich folikuliny, dochodząc niekiedy do 10.000 jedn.

A. stosował uroterapię w 41 przypadkach: 34 przypadków braku miesiączki, 6 przypadków skąpej miesiączki, 1 przypadek krwotoku macicznego. W 13 przypadkach braku miesiączki wystąpił perjod po rocznej przerwie. Pacjentki znajdowały się pod obserwacją w ciągu następnych 9 miesięcy — regularne miesiączkowanie utrzymało się cały czas. W pozostałych przypadkach (21), które nigdy nie miesiączkowały, wzgl. przerwa trwała powyżej 3-ch lat, nie udało się wywołać perjodu, jednakże nastąpiła poprawa pod postacią ustąpienia objawów wypadania. Z 6-ciu przypadków skąpej miesiączki wynik dodatni osiągnięto w 5 przypadkach.

A. stosował mocz ciężarnych będących w IV.—V. m. ciąży, w postaci zastrzyków podskórnych poczynając od dawki 0.5 do 3 cm³ co drugi dzień, później codziennie. Ciężarna była uprzednio badana w kierunku rzeżączki, gruźlicy i kiły. Mocz pobrany jałowo rozlewano do ampułek, zatapiano, poczem pasteryzowano po uprzedniem badaniu bakterjologicznem i biologicznem na myszkach. *M. Segal* (Lwów).

Koramina w położnictwie i ginekologji. SCHLOER. Zbl. f. Gyn. Nr. 28, 1934.

Autor podaje, że na oddziale ginekol.-położn. szpitala Bethesda w Stuttgarcie koramina podawana jest od 2 lat celem przerwania głębokiej narkozy eterowej, pernoktonowej ewent. ewipanowej: dzieje się to dlatego, że długotrwała narkoza wpływa niepomyślnie na gładką mięśniówkę, powodując pooperacyjne porażenia jelit i pęcherza, niedowład macicy, co oczywiście nie jest pożądane. Wstrzykuje się dożylnie 5—10 cm³ koraminy — w 30 sekund po rozpoczęciu injekcji obserwuje się pogłębienie oddechu, obniżenie progu pobudliwości odruchowej, czynne ruchy pacjentki. Ten stan półsnu przechodzi niebawem w sen mniej głęboki. Żadnych drgawek nie obserwowano, natomiast z reguły pojawiało się uporczywe kichanie, niekiedy 30 razy zrzędu. Autor miał wrażenie, że to kichanie wpływa pomyślnie na skurcze macicy i bóle poporodowe.

W 40 przypadkach zamartwicy podawano noworodkom domięśniowo koraminę, co zdaje się wpływa pobudzająco na ośrodek oddechowy. W bardzo ciężkich przypadkach łączono 1 cm³ koraminy z 1 cm³ lobeliny, przyczem zauważono, że zestawienie to usprawnia znakomicie oddech. Zamiast połączenia koraminy z lobeliną spróbowano wstrzyknąć 2 cm³ koraminy — wystąpiło u noworodka tak silne kichanie (w ciągu nocy około 200 razy kichnął), że próby tej nigdy nie ponowiono. Kichanie wyrzuca wprawdzie nagromadzony w tchawicy śluz, jednak tak uporczywe kichanie, jak wyżej wspomniane, mogłoby wpłynąć ujemnie na stan płuc noworodka.

Po znacznych utratach krwi koramina, wprowadzona dożylnie w ilości 10 cm³ znakomicie poprawia krążenie, mimo że nie uzupełnia się upływu krwi żadnym zabiegiem. Opierając się na tem, na oddziale stosuje się dożylne wstrzykiwania koraminy po każdem znaczniejszem wykrwawieniu.

Praktyka codzienna wskazuje, że zapobiegawcze podawanie koraminy po cięższych zabiegach jest bardzo celowe. Pogłębienie oddechu oraz poprawa krążenia redukują do minimum szkodliwe następstwa ponarkotyczne. W zapobieganiu zatorom koramina podawana w ilościach dostatecznych wywiera pomyślny wpływ. *Dr. F. Sienicki* (Warszawa).

W sprawie wczesnego wstawania po porodzie. E. BIELAJEW. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 6. 1934.

U 2026 położnic przeprowadzono obserwacje przebiegu połogu po wczesnem wstawaniu z łóżka. Położnice siadały na łóżku w 24 godziny po porodzie i opuszczały łóżko po 48 godzinach, przyczem w pierwszych dniach pozostawały poza łóżkiem niedłużej ponad 1—2 godzin. Dla kontroli obserwowano 400 położnic, które wstawały później. Obie grupy opuszczały szpital siódmego dnia po porodzie. Wnioski: 1. Wczesne wstawanie przeprowadzone oględnie wpływa dodatnio na przebieg połogu. 2. Wczesne wstawanie po porodzie przyczynia się do lepszego zwijania się macicy, szybszego odpływu odchodów i jest dobrą gimnastyką dla tłoczni brzusznej i mięśni podstawy miednicy. 3. Wczesne wstawanie zmniejsza odsetek powikłań gorączkowych i nie wpływa na zwiększenie ilości zakrzepów i zatorów. 4. Obserwacje późniejsze (5—6 tygodni po porodzie) nie wykazują zmian w położeniu macicy (opuszczenie macicy, pochylenie). 5. Wczesne wstawanie umożliwia utrzymanie warunków higienicznych na salach chorych i ułatwia pracę niższego personelu. 6. Wczesne wstawanie położnic pobudza apetyt, trawienie, wpływa na ogólne samopoczucie i skraca okres niezdolności do pracy. 7. Wczesne wstawanie po porodzie jest możliwe tylko pod ścisłą kontrolą lekarską. *M. Segal* (Lwów).

Znieczulenie lędźwiowe przy cesarskiem cięciu. G. TROGU. Il Policlinico. Nr. 8. 1934.

Znakomite rezultaty osiągnął autor przy laparotomjach zapomocą znieczulenia lędźwiowego podług Quarelli. W jednym przypadku cięcia cesarskiego z przebiegiem pomyślnym pod względem znieczulenia T. zauważył zatrucie noworodka po zastrzyku matce skopolaminy z morfiną. Okoliczność ta daje autorowi sposobność omawiać objawy uboczne przy znieczuleniu lędźwiowem. Dokonał on przeszło 2.000 znieczuleń rozmaitemi środkami i przychodzi do przekonania, że wszelkie objawy uboczne przypisać należy zatruciom. Najlepiej znoszoną bywa perkaina. Zastrzyki skopolaminy z morfiną bywają źle znoszone przez starszych lub młodocianych pacjentów, z tego też powodu należałoby unikać ich przy cięciu cesarskiem. Moncalvi już dawno zaznaczał, że zastrzyki skopolaminy z morfiną nie są konieczne. *Dr. F. Sienicki* (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół plenarnego posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, które się odbyło w dniu 30 kwietnia 1934 roku pod przewodnictwem Dr. Eugenjusza Piestrzyńskiego, Podsekretarza Stanu.

Protokół prowadził H. Rawicz-Szczerbo.

Przewodniczący otwiera posiedzenie, poczem zebranie czci przez powstanie pamięć zmarłych członków Rady Dr. Henryka Kłuszyńskiego oraz Dr. Stanisława Kopczyńskiego.

Przewodniczący reasumuje okres rocznej pracy Ministerstwa Opieki Społecznej z zakresu Służby Zdrowia.

Projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi. Ref. Dr. Witold Łuniewski, Dyrektor Państwowego Szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach.

Zakres ustawodawstwa obowiązującego obecnie o umysłowo chorych jest bardzo rozległy; jako zasadniczy moment w ustawodawstwie wysuwa się przedewszystkiem sprawa pozbawienia wolności. naczelną zaś zasadą powinna być obrona chorego. Jak statystyka wykazuje, w Polsce 82⁰/₀₀ osób wymaga opieki w zakładzie dla chorych psychicznie, ale nie wszyscy chorzy psychicznie mogą znaleźć opiekę w szpitalu.

Ważną również jest kwestja opieki pozazakładowej oraz nadzoru nad zakładami dla psychicznie chorych.

Co do kosztów szpitalnych utrzymania osób psychicznie chorych, to dotychczas obowiązuje ustawodawstwo dzielnicowe. Zunifikowanie tych zasad byłoby korzystne dla sprawy, jak również ważne byłoby utworzenie organu orzekającego w sprawach chorych psychicznie.

Pozatem należy unormować kwestję opieki pozazakładowej, która rozwija się samorzutnie już od 1926 roku.

Mówca podaje historję niniejszego projektu ustawy, zaznaczając przytem, iż przepisy gwarancji wolności osobistej zostały uzgodnione z Ministerstwem Sprawiedliwości.

Następnie referent zwraca uwagę na poszczególne postanowienia projektu:

W art. 6 Ministerstwo zastrzega sobie prawo zatwierdzania stanowisk dyrektorów szpitali.

W art. 7 wprowadza się instytucję opiek rodzinnych.

Mówca podkreśla znaczenie art. 11, głoszącego, iż w zasadzie każdy wojewódzki związek komunalny winien posiadać przynajmniej jeden szpital psychjatryczny.

Ważnym nabytkiem jest art. 37, poruszający sprawę ubezwłasnowolnienia oraz ustanawiający tymczasowych kuratorów.

Również ważną jest rzeczą stworzenie kolegjum sądowo-psychjatrycznego.

Ustawa przewiduje również utworzenie Rady psychjatrycznej.

Przewodniczący porusza kwestję kosztów leczenia, przyczem wskazuje na trudności w tej sprawie do czasu utworzenia samorządu wojewódzkiego.

Następnie Przewodniczący porusza kwestję aktualności zagadnienia sterylizacji.

W dyskusji nad wymienionym projektem ustawy zabierają głos następujący członkowie Rady:

Prof. Dr. Szmurło porusza kwestję kosztów leczenia chorych psychicznie, znajdując, iż ze względu na niebezpieczeństwo publiczne chory winien być umieszczony w zakładzie i Państwo powinno płacić za niego.

Mówca proponuje w art. 13 dodać postanowienie, głoszące, że przyjęcie chorych do szpitala następuje na podstawie świadectwa lekarskiego.

Do art. 17 mówca wyraża wątpliwość, czy już po 3 dniach istnieje możność zawiadomienia władz o krokach, dotyczących ubezwłasnowolnienia.

Mówca przemawia przeciwko wprowadzeniu nowego czynnika administracyjnego — Wojewody. Wątpliwem jest, czy tworzenie projektowanego kolegjum jest bardziej celowe, niż dotychczasowa właściwość sądu w tych sprawach.

Prof. Dr. Godlewski podkreśla, że w ustawie powinno być wyraźnie zaznaczone, do czego kolegjum psychjatryczne zostało powołane.

Dr. Zawadzki wskazuje na pewną wadliwość projektu, który powierza budowę szpitali nieistniejącemu jeszcze samorządowi wojewódzkiemu.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia winna jednakże dążyć do tego, żeby na terenie Województwa był przynajmniej 1 szpital dla psychicznie chorych.

Mówca zapytuje, skąd będą czerpane kredyty na stworzenie i prowadzenie tego typu szpitali. Zdaniem jego Państwo winno łożyć na ich budowę. Co do opłat, to ciężary te powinny być ponoszone nietylko przez rodzinę lub gminę, lecz także przez Państwo.

W proponowanem brzmieniu ustawa stałaby się niewykonalną, gdyż za wielkie ciężary spoczywają na samorządzie.

Prof. Dr. Michałowicz wypowiada się za proponowanem kolegjum sądowo-psychjatrycznem, z tem jednak, że lekarze w tem kolegjum winni zasiadać, jako pełnoprawni członkowie; pozatem liczbę ich należy podwyższyć do 3, a to ze względu na mogącą powstać rozbieżność zdań u lekarzy. Chodzi o to, żeby związki wojewódzkie jaknajprędzej powstały. Mówca porusza kwestję państwowego ubezpieczenia dla chorych psychicznie.

Prof. Dr. Godlewski zwraca uwagę na postanowienia art. 40, które idą w kierunku odciążenia rodziny od chorych.

Mówca zwraca ponadto uwagę na postanowienia art. 41, które dają możność powiatowej władzy administracji ogólnej umieścić w szpitalu osobę podejrzaną o nienormalność psychiczną. Mówca zaznacza, że sprawa ta wymagałaby innego ujęcia.

Dr. Łuniewski, odpowiadając na uwagi wyżej wymienionych mówców, zaznacza m. i., że dążeniem nauki jest stworzyć katedrę psychjatrji społecznej.

Co do kolegjum sądowego, to ponieważ odpowiedzialność ponosi sędzia, a nie lekarz, lekarze nie są pełnoprawnymi członkami tego kolegjum, sędzia zaś będzie decydował na podstawie opinji lekarskiej.

Co do spraw kosztów leczenia, to mówca nie zgadza się, aby sprawy kosztów leczenia były pokrywane przez Państwo; udział gminy nietylko że jest pożądany, lecz i konieczny, odrywanie chorej osoby od gminy nie jest wskazane.

Co do uwag Prof. Dr. Godlewskiego, to mówca zaznacza, że dobro publiczne jest ważniejsze niż zagrożone ewentualnie dobro jednostki, więc postanowienia art. 41 mają swoje uzasadnienie.

Prof. Dr. Godlewski proponuje art. 41 nadać nową stylizację.

W wyniku *dyskusji* Rada uchwaliła projekt ustawy odesłać do właściwych sekcyj (szpitalnictwa i higjeny psychicznej) celem szczegółowego rozważenia.

Projekt ustawy o ziołach leczniczych. Ref. P. Sokolewicz, Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Opieki Społecznej.

Prof. Dr. Muszyński podkreśla konieczność kontroli nad hurtowniami, co jest niezmiernie ważną rzeczą.

W art. 10 należałoby wyraźnie sprecyzować, jakie zioła nie mogą być hodowane w kraju.

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych zaznacza, że sposób dokonywania zbioru ziół winien być określony nie w rozporządzeniu, lecz w instrukcji. Ponadto mówca wyraża wątpliwość, czy władza może nakazać w danej ustawie zbiór przymusowy ziół, gdyż wszystkie świadczenia są przewidziane w jednej ustawie o świadczeniach wojennych.

Zdaniem mówcy pozatem właściwym ministrem w myśl art. 10 nie będzie Minister Skarbu, lecz Minister Przemysłu i Handlu.

P. Zdankowski znajduje, że w projekcie chodzi nietylko o kontrolę przy zbiorze, lecz o podniesienie gatunku ziół do wyższego poziomu. Kontrola powinna więc obejmować nietylko zbierających, ale i zajmujących się skupem ziół.

W związku z temi uwagami art. 5, pkt. 3 należy rozbić na 2 części.

Zdaniem mówcy postanowienia art. 3 są w pewnej sprzeczności z postanowieniami ustawy przemysłowej.

P. Radca Miller podkreśla, że postanowienia ustawy przemysłowej dają dostateczną podstawę prawną inspektorowi farmaceutycznemu do przeprowadzenia inspekcji w hurtowniach.

W wyniku dyskusji Rada uchwaliła przekazać projekt ustawy Sekcji do szczegółowego rozważenia.

Prof. Dr. Janiszewski odczytuje swój wniosek o powołaniu na nowo do życia Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Po udzieleniu przez Przewodniczącego wyjaśnień w powyższej sprawie, na jego propozycję wniosek Prof. Dr. Janiszewskiego odesłano do Sekcji Administracyjnej.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół XVII posiedzenia naukowego, odbytego dnia 15 czerwca 1934.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Grzędzielski przedstawia przypadek *zaćmy po naświetlaniach promieniami Roentgena*. Chodzi tu o chorego lat 31, który, jak wynika z wywiadów, potwierdzonych listownie przez lekarza ordynującego, w r. 1930 był leczony w jednem z miast prowincjonalnych spowodu *trychophytia prof. barbae* i z tego powodu został skierowany do rentgenologa, w celu naświetlenia dawką epilacyjną. Rentgenolog, w ciągu marca i kwietnia 1933 r., wykonał 3 naświetlania w odstępach 2-tygodniowych, podczas których oczy nie były zasłonięte. Po drugiem naświetlaniu wystąpiły objawy zapalne na obu oczach, rozpoznane jako *ophtalmia electrica*. Po trzeciem naświetlaniu wystąpiły objawy silnego podrażnienia skóry, poczem jednak wszystkie zmiany chorobowe cofnęły się. Upośledzenie wzroku chory zauważył dopiero w sierpniu 1933 r., naprzód na oku prawem, a w październiku na oku lewem. W grudniu 1933 r. pogarszanie wzroku zatrzymało się. W dniu przyjęcia (30. V. 1934) na Klinikę Okulistyczną U. J. K. stwierdzono stan następujący: chory wzrostu 166 cm, wagi 60 kg, narządy wewnętrzne bez zmian, mocz bez białka i cukru, stan neurologiczny ujemny. Na górnej części szyi i brodzie skóra wykazuje wybitne zmiany pod postacią ścieńczenia i skurczenia, porozszerzania końcowych naczyń i braku zarostu. Po lewej stronie zmiany sięgają więcej ku górze, jak po prawej. Pozatem skóra jest prawidłowa. Skóra w okolicy oczu i na powiekach zmian nie wykazuje, podobnie też brwi i rzęsy. Spojówki na obu oczach są prawidłowe. Oczy zewnętrzne bez zmian, z lewej źrenicy widać szarawy refleks. Na soczewkach widać zaćmienia w tylnej korze, przedstawiające się jako zaćmienie na tylnym biegunie, przesunięte nieco ku górze i wewnątrz, w postaci tarczy o środku jaśniejszym i silniej zmętniałych brzegach, z których wychodzą promieniste wypustki ku obwodowi soczewki. W lampie szczelinowej widać nieliczne zaćmienia i wakuole pod przednią torebką soczewki, pod tylną torebką soczewki są liczne zaćmienia, z błyszczącemi punkcikami. Brzegi tarcz biegunowych i wypustki mają charakter włóknisty. W środku tarcz zaćmienia są wiotkie, mają na przekroju pewną grubość i odcinają się ostro ku przodowi, zapomocą płaskiej powierzchni od reszty tylnej kory soczewki. Ku obwodowi ta powierzchnia przechodzi w zaćmienia podtorebkowe. W ten sposób powstaje na przekroju kształt soczewki płasko-wypukłej. Na prawem oku jądro soczewki jest czyste, ale szwy embrionalne są białe, na lewem oku jest wyraźne zaćmienie jądra soczewki. Wogóle zaćmienia soczewki lewej są więcej zaawansowane, odpowiednio do większych zmian lewostronnych na skórze. Dno oczu, mimo zaćmień soczewki, jest widoczne. *Visus oc. utr.* 2/60. Na oku lewem wykonano z dobrym wynikiem ekstrakcję katarakty intrakapsularną, z okrągłą źrenicą. W epikryzie tego przypadku prelegent wyklucza inne czynniki (cukrzyca, tężyczka, *dystrophia myotonica*, dermatozy, kacheksja), które mogłyby spowodować przedwczesną zaćmę, omawia charakterystyczne cechy dla zaćmy rentgenowskiej, jak długi okres wylęgania i obraz lampy szczelinowej, który się pokrywa z opisami rozmaitych autorów. Z piśmiennictwa omawia przedewszystkiem te zaćmy, które powstają nie przy naświetlaniu oczu, lecz przy naświetlaniach twarzy lub czaszki, nawet przy prawidłowem zakryciu oczu.

W dyskusji: Kol. Grabowski uważa, iż dla powstania zaćmy po naświetlaniach muszą być szczególne czynniki współdziałające. W przypadkach guzów pozagardłowych naświetlanych dużemi dawkami promieni mimo kilkuletnich obserwacyj nie stwierdzono występowania zaćmy. Z możliwością powstania jej musi się jednak liczyć rentgenolog i w przypadkach tych, w których naświetla najbliższe otoczenie oka dawkami nawet małemi, winien osłaniać gałkę oczną. Sprawa zaćmy porentgenowskiej wymaga jeszcze dalszych doświadczeń i obserwacji klinicznej.

Kol. Pisek: Uszkodzenie soczewki jako następstwo naświetlania promieniami X w odległości większej od ócz, a więc pośrednio, wymagałoby dowodu ściślejszego. Przy naświetlaniu czaszki spowodu np. zmian w przysadce nie zauważono dotąd rentgenowskich uszkodzeń oka. Jeżeli się przyjmie, że istnieje możliwość powstania zaćmy porentgenowskiej, należy chronić się od odpowiedzialności. Teoretycznie nie można wykluczyć możliwości działania promieni X na odległość, w rzeczywistości jednak brak zdaniem P. niezbitego dowodu w wypadku przedstawionym przez kol. G., jakkolwiek *per exclusionem* należałoby przyjąć taką możliwość.

Kol. Ostrowski St. stwierdza, że w ostatnich czasach coraz mniej jest uszkodzeń skóry dzięki obecnie stosowanym filtrom. Mimo jednak ostrożności zdarzają się czasem zaniki skóry, co zdaniem O. odnieść należy do wrażliwości osobniczej na promienie Roentgena.

Kol. Landes-Leinerowa L. zaznacza, że naświetlania *sycosis barbae* wykonuje się jednorazowo, przyczem miejsca nieowłosione przykrywa się grubą płytką ołowianą nieprzepuszczającą promieni rentgenowskich. Dawka, jaką się dziś stosuje, jest mała, a promienie miękkie nie drążą w głąb. Ilość więc promieni wtórnych, która przy tym sposobie naświetlania może dostać się do oka, jest tak małą, że wykluczonem wydaje się, aby one mogły wywołać zaćmę. W przypadkach powstania zaćmy porentgenowskiej opisywanych w piśmiennictwie stosowano dawki duże, najmniej 500 R., na jednem posiedzeniu wprost na oko. L. naświetlała już nieraz brwi u pacjentów chorych na *sycosis* i nigdy żadnego uszkodzenia oka nie zauważyła. Również samą gałkę oczną naświetla od kilku lat małemi dawkami przy *keratitis*, bez jakichkolwiek uszkodzeń.

Kol. Nadel A. podnosi, że niejednokrotnie miał możność w Lwowskiem Tow. Dermatologicznem demonstrować przypadki uszkodzenia skóry promieniami Roentgena po naświetlaniu epilacyjnem przy *favus*. Ze względu na to, że naświetlania te były robione przez rentgenologów, mających znaczne doświadczenie, należy przyjąć, że w danych przypadkach przecież istniała jakaś wzmożona wrażliwość osobnicza na promienie X.

Kol. Musiał.

W odpowiedzi Kol. Grzędzielski podkreśla, że związek między naświetlaniami a zaćmą nie jest taki oczywisty, jak np. przy zaćmach urazowych, jednak taki związek został ustalony niejako drogą dedukcji, na podstawie ścisłych obserwacyj. Z badań doświadczalnych ostatniej doby wynika, że przy naświetlaniu u królika jednego oka, zaćma rozwija się na obu oczach, przyczem wygląd jej jest bardzo zbliżony do zaćm powstających u człowieka. Jeżeli kol. Grabowski twierdzi, że obserwował szereg przypadków, w których naświetlał przysadkę mózgową, a nie przyszło do zaćmy, to należałoby się zapytać, ile tych przypadków było badanych okulistycznie, a zwłaszcza lampą szczelinową? Co się tyczy zapytania kol. Piseka, czy należy się obawiać zaćmy w każdym przypadku, w którym naświetla się czaszkę, to należy właściwie odpowiedzieć twierdząco. Oczywiście musi się naświetlać, jeżeli jest *indicatio vitalis*. Przypadki takie są wprawdzie bardzo rzadkie, niewątpliwie istnieje jakaś skłonność osobnicza, jak przypuszcza kol. Ostrowski St., ponieważ jednak tej skłonności nie można przewidzieć, to trzeba się w każdym razie liczyć z zaćmą rentgenowską. Co się tyczy szkodliwych dawek, to w przypadku opisanym chory z pewnością otrzymał dobrą dawkę rumieniową, sądząc z objawów zapalnych na oczach, które wystąpiły po naświetlaniach, które jednak nie pozostawiły śladów.

2. Kol. A. Nadel, wygłosił wykład: *Choroby skóry a lipaza (trójbutyraza) krwi.* Metoda Rony i Michaelisa oznaczania lipazy krwi jak również modyfikacje (między innemi modyfikacja Willstättera i Memmena) nie służą do oznaczania całkowitej lipazy krwi, tylko do oznaczania jednej lipazy mianowicie trójbutyrazy. Według dzisiejszego stanu nauki o istocie i pochodzeniu tego zaczynu jest trójbutyraza produktem pochodzącym z najrozmaitszych organów, przyczem część zaczynu powstawać może samoistnie także z komórek krwi. Niema związku między przemianą tłuszczową a czynnością lipazy krwi. Surowice lipemiczne, uzyskane u chorych po obfitszych pokarmach, wykazują taką samą ilość lipazy krwi co surowice uzyskane u tych samych chorych na czczo. Utrzymywanie się lipazy krwi na tym samym poziomie w ciągu całego dnia jest nietylko charakterystyczne dla osobników, ale również dla chorych gorączkujących, mimo niejednokrotnie wybitnych różnic między temperaturą ranną a wieczorną. Po usunięciu zmian skórnych u ludzi z rozległą łuszczycą można stwierdzić wzrost czynności lipazy krwi. Wynika z tego, że rozległe zmiany łuszczycowe nie są dla organizmu obojętne, lecz wpływać mogą szkodliwie na szereg najrozmaitszych funkcyj organizmu. Gruźlica skóry, nieleczona maściami drażniącemi daje przy ogólnym dobrym stanie chorych prawidłowy poziom lipazy. Znaczenie prognostyczne może posiadać oznaczenie poziomu lipazy krwi tylko w związku z rozpoznaniem klinicznem. Nieuzasadnione natomiast jest postawienie rozpoznania lub też prognozy na podstawie li tylko samego poziomu lipazy krwi. Zapalenia skóry wywołane preparatami arsenobenzolowemi mogą wywierać długotrwały wpływ na zachowanie się poziomu lipazy krwi. Objawia się to w ten sposób, że czynność lipolityczna surowicy krwi jeszcze dłuższy czas po ustąpieniu objawów skórnych jest zmniejszona. Przy sprawach intoksykacyjnych wysokość poziomu lipazy może stanowić wskazówkę, czy intoksykacja jest słabego czy silnego stopnia. Pęcherzyca i choroba Duhringa nie dają obniżonego poziomu lipazy krwi ani w początkach schorzenia ani w okresie późniejszym, o ile stan ogólny chorych zbytnio nie ucierpiał. Kiła zdaje się również nie wpływać obniżająco na poziom lipazy, jak długo stan ogólny zakażonych nie był zły. Płyn mózgowo-rdzeniowy ani u ludzi zdrowych, ani też u ludzi w pierwszym i drugim okresie kiły nie zawiera zupełnie lipazy. Zdrowe opony mózgowo-rdzeniowe stanowią zatem barjerę, nieprzepuszczającą zupełnie lipazy do płynu mózgowo-rdzeniowego. Zatrucia ciążowe względnie połogowe wpływają wybitnie hamująco na zachowanie się lipazy krwi. U niektórych zupełnie zdrowych ciężarnych względnie rodzących daje się stwierdzić nieznaczna obniżka lipazy krwi, będąca wyrazem fizjologicznej intoksykacji płodem.

W dyskusji kol. Ostrowski St. zaznacza, że badania kol. Nadla, aczkolwiek bardzo ciekawe, są jednak tylko teoretyczne i nie mają znaczenia praktycznego, gdyż na podstawie otrzymanych wyników badań nie można dojść do odpowiednich wniosków.

W odpowiedzi kol. Ostrowskiemu St. kol. Nadel stwierdza, że podział prac naukowych na prace teoretyczne i praktyczne jest sztuczny. Każda praca naukowa, zajmująca się odkrywaniem prawdy jest ważna, o ile ona jakieś prawdy odkrywa. Niejednokrotnie szereg ważnych wskazówek mających zastosowanie w medycynie praktycznej opiera się na poprzednich badaniach czysto teoretycznych. Praca kol. N. nie może być uważana za czysto teoretyczną, gdyż zdaniem jego jest ona bardzo praktyczna. Niejednokrotnie wskazywał w czasie odczytu na licznych przypadkach, że oznaczenie poziomu lipazy może mieć przy znajomości rozpoznawania ważne znaczenie prognostyczne. W niektórych nawet przypadkach o nieznacznem rozpoznaniu może oznaczenie poziomu lipazy we krwi (jak np. w przypadkach intoksykacyj ciążowych i in.) mieć wprost znaczenie diagnostyczne. Innemi słowy oznaczenie poziomu lipazy we krwi może stanowić ważne badanie pomocnicze. W każdem badaniu chorego rozstrzyga badanie kliniczne. Jest ono najważniejsze. Wszelkie badania chemiczne są badaniami pomocniczemi. Jednakowoż należy przyznać, że badania chemiczne posunęły naszą diagnostykę znacznie naprzód. Klinicysta, dysponujący możliwością wykonywania pomocniczych badań chemicznych, góruje znacznie nad klinicystą pozbawionym tych możliwości.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół V posiedzenia naukowego z dnia 7 lutego 1934 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

1. Doc. Dr. T. Wąsowski przedstawia chorego H. W., lat 21, który w czerwcu ub. r. zachorował na *ropne zapalenie prawego ucha.* W 3 tygodniu choroby był operowany na prowincji. W grudniu zgłosił się do kliniki z pooperacyjnem porażeniem nerwu twarzowego i ropieniem z obu uszu. Na operację nie zgodził się. W styczniu ponownie zgłosił się do kliniki z podniesioną ciepłotą, bólami głowy, nieznaczną sztywnością karku, objawem Kerniga i zwolnieniem tętna. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, zawierający 2.620 ciałek ropnych w 1 mm^3, wychodzący pod wzmożonem ciśnieniem. Pandy dodatni. Operacja: zatoka przoduje, pokryta ziarniną. Opona środkowego dołu czaszki wypuklona, pokryta ziarniną, spod której wydostaje się pod ciśnieniem gęsta ropa. Po otwarciu ropnia mózgu w płacie skroniowym prawym, założono sączek. Plastyka przewodu. Po operacji powolna stała poprawa. Po 3 tygodniach zdjęcie rentgenowskie czaszki, po uprzedniem wprowadzeniu do jamy ropnia lipjodolu, wykazało ograniczone małe rozmiary ropnia. Obecnie stan dobry, rana czysta, chory nieco podniecony.

W dyskusji zabierają głos Prof. Dr. J. Szmurło i Dr. Zarcyn.

2. Prof. Dr. W. Jakowicki przedstawia chorą *po powtórnem cięciu cesarskiem, wykonanem w dolnym odcinku poprzecznie.* Zrostów otrzewnowych po poprzednim zabiegu nie było. Oddzielenie otrzewnej łatwe. Blizna poprzeczna bardzo znacznej grubości, około 4—5 mm. Referent podkreśla zalety poprzecznego cięcia w dolnym odcinku.

W dyskusji Dr. Sedlis poleca cięcie cesarskie w dolnym odcinku poprzeczne na podstawie własnego doświadczenia.

3. Dr. Zarcyn: *W sprawie techniki operacji wola.*

Celem uniknięcia uszkodzenia nerwu zwrotnego, oraz uszkodzenia lub usunięcia gruczołów przytarczyczných, podczas operacji usunięcia wola, referent poleca sposób Pierre Duval'a i Merle Aubigné. Polega on na przecięciu przesmyku z odsłonięciem nerwu krtaniowego i następową klinową resekcją wola. Otoczkę zeszywa się po podwiązaniu naczyń. Prelegent gorąco poleca powyższą metodę na podstawie swoich 2 przypadków z bardzo dobrym przebiegiem operacji i okresu pooperacyjnego.

W dyskusji Prof. Dr. K. Michejda omawia różne szczegóły techniki operacyjnej w tej starej operacji, przyczem zaznacza, że dren jest zbyteczny po zahamowaniu krwawienia oraz, że w przypadku wola jednostronnego nie potrzeba przecinać przesmyku.

Dr. Zarcyn podkreśla potrzebę zakładania drenu.

Dr. Achmatowicz nie zaleca metody Duval'a w przypadkach wola większych rozmiarów, zwłaszcza z powiększeniem zrazu środkowego, ze względu na groźne krwotoki.

4. Dr. Rubinsztejn (gość): *Znaczenie śledziony w powstawaniu gorączki* (praca doświadczalna wykonana w Zakładzie Fizjologji w Paryżu, ogłoszona w piśmiennictwie francuskiem, częściowo wspólnie z Prof. Binet'em). Po splenektomji oraz po wyłączeniu śledziony z krążenia przez zaciśnięcie jej naczyń zostaje znacznie osłabiona gorączka, wywoływana u psów zapomocą dwunitrofenolu. Po splenektomji stwierdza się pewien stopień zakwaszenia ustroju. Możliwe, że jest to właśnie przyczyną zahamowania gorączki. Istotnie, wprowadzenie płynów zasadowych wzmagało działanie dwunitrofenolu. W gorączce po stosowaniu dwunitrofenolu stwierdza się spadek zasobu zasad oraz wzrost chloru w krwinkach. Zmiany te są wyraźniejsze w gorączce wywoływanej po splenektomji.

W dyskusji: Dr. Girszowicz, ujmując zagadnienie praktycznie, omawia swoje przypadki poprawy stanu chorych z policytemją i przetoką gruźliczą pod wpływem podawania preparatów śledziony.

Prof. Jakowicki omawia przypadek malarji z prawidłową ciepłotą, rozpoznawany jako choroba Banti'ego. Po usunięciu śledziony wystąpiła wysoka gorączka i zejście śmiertelne.

Prof. Pelczar, omawiając wyniki pracy Dr. Rubinsztejna zaznacza, że są one ciekawe, jednak przeniesienie ich na doświadczenie kliniczne nie potwierdza, ażeby w przypadkach usunięcia śledziony, w chorobie Banti'ego, w *thrombopenia essentialis*, w *anaemia perniciosa*, w zakrzepach żyły śledzionowej i t. p. nie obserwowano podnoszenia się ciepłoty. Gorączka, którą spowodował prelegent zapomocą dinitrofenolu, nosi pewien specjalny charakter. Zdaje się, że jest to gorączka, którą można sprowadzić również zapomocą błękitu metylenowego. Pracował nad tem swego czasu w Paryżu u Gleja Doc. Czarnecki. Mechanizm działania tych ciał nie jest jasny. Jest rzeczą wiadomą, że błękit metylenowy odgrywa ważną rolę w systemie oksydacyjnym Tumberga, działając utleniająco. Możliwie więc, że należy łączyć gorączkę ze wzmożeniem procesów oksydacyjnych na obwodzie. Poparciem tego może służyć odtruwające działanie błękitu metylenowego w zatruciu cyjano-wodorem, który jest jadem oddychania tkankowego. Prof. Pelczar zaznacza, że w 1927 roku przeprowadzał badania nad wpływem błękitu metylenowego na przebieg beri-beri u gołębi. Istnieją badania stwierdzające, że w zatruciu przewlekłem cyjano-wodorem można wykazać niektóre

objawy awitaminozy B. W doświadczeniach nad ptakami błękit metylenowy powodował u nich ponowne podnoszenie się ciepłoty, po uprzednim jej spadku. Mechanizm gorączki, jaki występuje po podawaniu wspomnianych środków, nosi inny charakter, niż mechanizm gorączki, spowodowanej drogą układu ośrodkowego. W ten sposób można tłumaczyć nieco odmienne wyniki doświadczeń Dr. Rubinsztejna od obrazów chorobowych, spotykanych w patologji ludzkiej.

W odpowiedzi Prof. Pelczarowi prelegent wyjaśnia, że doświadczenia były wykonywane w odstępach czasu od 1 do 6 tygodni po splenektomji. Prof. H. Magne, A. Meyer i L. Plantefole badali dokładnie sposób działania dwunitrofenolu oraz charakter wywoływanej przez niego gorączki. Badacze ci doszli do wniosku, że działa on obwodowo, wzmagając natężenie spaleń w tkankach. W przeciwieństwie do gorączki infekcyjnej gorączka po dwunitrofenolu nie jest pochodzenia ośrodkowego, występując po przecięciu rdzenia i t. p. W pracy tej badano więc wpływ śledziony na natężenie utleniania na obwodzie, atoli praca ta nie uprawnia do wysnuwania wniosków co do gorączki w przebiegu chorób zakaźnych, *par excellence*, pochodzenia ośrodkowego.

Protokół VI posiedzenia naukowego wspólnego z Polskiem Tow. Przyrodników im. Kopernika (Oddział Wileński) z dnia 21 lutego 1934 roku.

Posiedzenie odbyło się w sali Kolumnowej Uniw. S. B.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

1. Prof. Dr. Emil Godlewski (z Krakowa) wygłosił odczyt p. t.: *„Stanowisko człowieka w przyrodzie"*.

Sekretarz: *Doc. Dr. W. Zaleski.*

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. Zw. 20/3—4.

Warszawa, dnia 25 października 1934 r.

Zwolnienie od obowiązku przeszkolenia w rat. san. oplg.

Okólnik Nr. 43/34.

Wślad za okólnikiem Nr. 18/34 z 7 czerwca 1934 r. o wyszkoleniu w rat. san. oplg. lekarzy i farmaceutów zawiadamiam, że od obowiązku ustalonego tym okólnikiem są wolni:

1) wszyscy oficerowie lekarze i farmaceuci czynnej służby wojskowej,

2) wszyscy oficerowie rezerwy lekarze i farmaceuci, którzy przedstawią odpowiednie zaświadczenia władz wojskowych o pomyślnem ukończeniu na ćwiczeniach rezerwy specjalnych kursów gazoznawstwa i ratownictwa przeciwgazowego,

3) wszyscy lekarze i farmaceuci, którzy przedstawią odpowiednie zaświadczenia władz wojskowych, że w czasie swej obowiązkowej służby wojskowej ukończyli z pomyślnym wynikiem Szkołę Podchorążych Sanitarnych Rezerwy.

Oficerowie rezerwy, wymienieni w pkt. 2, mogą być ponadto powoływani na instruktorów na kursach rat. san. oplg.

Podsekretarz Stanu: *Dr. E. Piestrzyński.*

Uroczystość odsłonięcia ufundowanego przez Korpus Oficerski Centrum Wyszkolenia Sanitarnego dla Wydziału Lekarskiego Un. Warszawskiego portretu Józefa Piłsudskiego, Pierwszego Marszałka Polski, Doktora medycyny honoris causa U. W.

Dnia 28 października 1934 r. odbyła się w auli Uniwersytetu Warszawskiego niezwykle podniosła uroczystość odsłonięcia, ofiarowanego Wydziałowi Lekarskiemu przez Korpus Oficerski Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, portretu Marszałka Piłsudskiego, promowanego w tej samej sali na Doktora medycyny *honoris causa* Un. Warsz. przed 13 laty w dniu 2 maja 1921 r., kiedy Józef Piłsudski, jako Naczelnik Państwa i Zwycięski Wódz Naczelny nadawał Uniwersytetowi Warszawskiemu insygnja, znak władzy i dostojeństwa Uczelni.

Punktualnie o godzinie 12 w południe udali się w uroczystym pochodzie do wypełnionej po brzegi auli ubrani w togi profesorowie i docenci Wydziału lekarskiego z Dziekanem i przybranym również w togę JMg. Rektorem na czele, zajmując miejsca na podjum. Za JMg. Rektorem i Dziekanem ustawili się pedele z berłami Uniwersytetu i Wydziału. Po drugiej stronie podjum umieszczony był wśród zieleni i kwiatów z biało-czerwonemi szarfami portret Marszałka, nakryty szafirową, o barwach Uniwersytetu, zasłoną. Naokoło portretu ustawiły się delegacje młodzieży ze sztandarem Uczelni, poczty sztandarowe stanowili przedstawiciele „Koła Medyków". W krzesłach na sali zasiedli Dziekani i Profesorowie innych wydziałów z rodzinami, twórca portretu Prof. Tadeusz Pruszkowski, Rektor Akademji Sztuk Pięknych w Warszawie, Komendant Centrum Wyszkolenia Sanitarnego Gen. bryg. Dr. med. Jan Kołłątaj-Srzednicki, przedstawiciele Korpusu Oficerskiego i ich rodziny, adjunkci, asystenci oraz liczne rzesze studentów Wydziału Lekarskiego.

Uroczystość zagaił Jego Magnificencja Pan Rektor U. W., Prof. Dr. Stefan Pieńkowski, dziękując imieniem całego uniwersytetu Korpusowi Oficerskiemu za piękny i miły dar złożony uniwersytetowi w postaci portretu Marszałka Józefa Piłsudskiego, Doktora *honoris causa* tegoż uniwersytetu. Poczem wszedł na podjum Komendant C. W. S. Gen. Dr. Jan Kołłątaj-Srzednicki i, nawiązując do treści dyplomu, wręczonego przed trzynastu laty w tej samej auli Józefowi Piłsudskiemu, który, jak mówi dyplom „studja medyczne, ongiś zaczęte, sam przerwał, aby tem łacniej uleczyć serca Polaków, niewolą zgnębione, który z wybuchem wojny miecz, przez pradziadów przekazany, wzniósł dla wyzwolenia Ojczyzny, który, założywszy mocne fundamenta bytu Ojczyzny, rozpalił na nowo na kresach Rzeczypospolitej pochodnię wiedzy, przez tyranów zgaszoną", ofiarował uroczyście Wydziałowi Lekarskiemu U. W. w imieniu Korpusu Oficerskiego C. W. S. portret Marszałka Józefa Piłsudskiego. Po tem przemówieniu nastąpił punkt kulminacyjny uroczystości. Wśród panującej na sali ciszy i ogólnego napięcia Generał zbliżył się do portretu, zdejmując, przykrywającą portret, zasłonę. W chwili, kiedy wspaniale na portrecie ujęta postać Marszałka ukazała się obecnym, wszyscy powstali z miejsc, poczem rozległy się dźwięki hymnu narodowego, odśpiewanego przez chór medyków. Po chwili, gdy dźwięki hymnu umilkły, wszedł na katedrę Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz, Dziekan Wydziału Lekarskiego w okresie, gdy Wydział powziął inicjatywę nadania Józefowi Piłsudskiemu tytułu Doktora medycyny *honoris causa*. Prof. Jan Mazurkiewicz w swem krótkiem ale pięknem przemówieniu podał motywy, jakiemi się kierował wówczas Wydział Lekarski U. W. w wysunięciu a następnie zrealizowaniu swego zamiaru, przyczem zaznaczył, że chociaż uchwała zapadła na Jego wniosek, to jednak zasługa powzięcia tej pięknej myśli przypada przezacnej duszy ś. p. Prof. Władysława Mazurkiewicza. „Dwa były istotne motywy" mówił Prof. Jan Mazurkiewicz, które skłoniły nas do postawienia tego wniosku. Pierwszym była chęć udzielenia Mu chociaż w tak bardzo spóźnionym terminie tego doktoratu medycyny, do którego osiągnięcia dążył za swoich lat młodzieńczych... Jednakże drugim i głównym motywem naszego wniosku nadania Naczelnikowi Państwa doktorskiego tytułu była oczywiście nie ta Jego najwyższa godność w Państwie, ale nasze głębokie przekonanie, że do tej godności doszedł dzięki tym właściwościom swego charakteru i umysłu, które uczyniły zeń lekarza nie poszczególnych jednostek chorych, ale schorzałego, w niewoli kompromisami znieprawionego ducha Narodu Polskiego... Przeciwstawił słabości i niemocy siłę i niezłomność woli, sobkostwu — wielkie poświęcenie, warcholstwu — dyscyplinę żołnierską. Pod Jego wpływem „wyczerpani odzyskiwali siły, zrozpaczeni zaczynali znów wierzyć" mówi Sieroszewski. Był uosobieniem szlachetności i ofiarności, uosobieniem przedziwnego spokoju i równowagi w pracy, bez względu na przeciwności. Dziwna to postać", kończył swe przemówienie Prof. Jan Mazurkiewicz „ta postać Józefa Piłsudskiego — człowieka woli, pracy realnej, czynu, żołnierza, a przecież jakgdyby postać nierealna, jakby wzięta nie z tego życia, a raczej z poezji wielkich wieszczów polskich, którzy także byli, na swój sposób, lekarzami skołatanej duszy Narodu Polskiego. Godni pożałowania są ci, którzy nie mogą zrozumieć ani tych wieszczów, ani „Męża Znakomitego", który ich pragnienia realizował".

Ostatni przemawiał obecny Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Franciszek Czubalski, który podkreślił harmonję i pełną wzajemnego zaufania współpracę Wydziału Lekarskiego U. W. z Sanitarjatem Wojskowym i Kierownictwem Szkoły Podchorążych Sanitarnych na polu kształcenia młodych lekarzy wojskowych. Widomym znakiem tych dobrych a nawet serdecznych wzajemnych stosunków jest właśnie dzisiejsza uroczystość ofiarowania Wydziałowi Lekarskiemu pięknego, pełnego wielkich walorów artystycznych, portretu Marszałka, honorowego Doktora medycyny. Następnie Dziekan Czubalski zwrócił się do Generała Dr. Kołłątaj-Srzednickiego, dziękując Jemu i całemu Korpusowi Oficerskiemu C. W. S. za ten tak miły i drogi dar, który Wydział Lekarski przyjmuje z uczuciem głębokiego wzruszenia i zapewnił Ofiarodawców, że wręczony dziś portret Marszałka „będzie zawsze pod najczulszą opieką Dziekana, Wydziału i mło-

dzieży, jako — bliska sercu naszemu pamiątka od Kolegów wojskowych i jako znak wspólnej, pełnej oddania pracy na rzecz tych wielkich ideałów narodowo-wychowawczych, których symbolem jest i pozostanie na zawsze śpiżowa postać Wodza i Wychowawcy Narodu, Józefa Piłsudskiego". W ostatniej części przemówienia Dziekan Prof. Czubalski zwrócił się do młodzieży, mówiąc: „Ze sztandarem Uniwersytetu w dłoni, obok pochylających się w hołdzie bereł Uniwersytetu i Wydziału stoicie zgodnie cywilni i wojskowi wychowańcy Uczelni u ram portretu Wielkiego Wodza, dając tem cichy ale jakże wymowny wyraz waszej dla Niego czci i miłości. Orli wzrok Wodza sięga w bezkresną dal nieznanej przyszłości Narodu, jakby chcąc odgadnąć Waszą, młodzieży, rolę w kształtowaniu się tej przyszłości. We wzroku Wodza, w potężnym, zdecydowanym wyrazie Jego twarzy wyczytać można bezapelacyjny dla Was nakaz marszu ku wielkości i potędze Najjaśniejszej Rzeczypospolitej, marszu poprzez kształcenie własnych charakterów, przez wielkość i czystość porywów serca, szlachetność myśli, pragnień i czynów. To czego w imieniu wielkości Narodu żąda od Was Józef Piłsudski, jest nakazem moralnym: macie obok zdobywania wiedzy w murach Uczelni kształcić swe charaktery dzień za dniem, godzina za godziną, w każdej, drobnej napozór, codziennej nawet pracy... Józef Piłsudski, jak każdy prawdziwy nauczyciel i wychowawca, działa na innych nietylko słowem ale i przykładem swego własnego pięknego życia, porywając tem za sobą szczególnie wrażliwą na bohaterstwo, bezinteresowność i czystość dążeń duszę młodzieży. Toteż młodzież w chwilach wielkiego napięcia uczuć patrjotycznych darzy Go szczególną miłością i bezgranicznem oddaniem się. Któż może bez głębokiego wzruszenia czytać opis żywiołowego entuzjazmu i uwielbienia, — dla Naczelnika Państwa i Naczelnego Wodza, co się przejawiło ze strony młodzieży, która powróciła ze zwycięskiej wojny, lat temu 13. Gdy Józef Piłsudski opuszczał Uniwersytet po skończonej uroczystości, tłumnie zebrana młodzież szkół wyższych na dziedzińcu uczelni wyprzęgła konie z powozu, w którym jechał Naczelnik Państwa i wśród niemilknących okrzyków na cześć umiłowanego Wodza ciągnęła sama powóz przez dziedziniec uniwersytetu i ulice stolicy, w stronę Belwederu. Wierzę, że i młodzież współczesna, niesplugawiona jadem niewoli, jest równie wrażliwa na wszystko, co piękne, wielkie i szlachetne i, poznawszy historję bohaterskiego życia Marszałka Józefa Piłsudskiego i Jego nieprzerwanej ofiarnej służby dla Polski, odpłaci Mu zawsze czcią i miłością".

Odśpiewanie przez chór medyków akademickiego hymnu „Gaudeamus" zakończyło tę pełną nastroju, powagi i napięcia uczuciowego uroczystość, która pozostanie na zawsze w pamięci obecnych. Bezpośrednio po skończonej uroczystości młodzież zebrana w auli przeniosła portret Marszałka do sali Dziekanatu Wydziału Lekarskiego.

N. (Warszawa).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Tegoroczną lekarską nagrodę Nobla otrzymali trzej wybitni patologowie amerykańscy George Minot, William Murphy i George Whipple za zasługi położone w leczeniu niedokrewności złośliwej.

W dniu 9 i 10 września b. r. bawili w Wilnie pp. Antonio Cardozo-Fontes, prof. uniw. w Rio de Janeiro i dr. Valois Sonto, dyr. sanatorjum przeciwgruźliczego w Rio de Janeiro. Obaj uczeni byli delegatami na Zjazd Międzynarodowy Przeciwgruźliczy w Warszawie. W dniu 10 września odbyło się uroczyste przyjęcie uczonych brazylijskich w Un. St. Batorego przez Rektora i Senat, na którem prof. Cardozo-Fontes dziękował za nadanie mu tytułu doktora honoris causa. Spowodu przyjazdu uczonych odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Wil. Tow. Lekarskiego, na którem prof. Fontes wygłosił referat o wielopostaciowości zarazka gruźlicy.

Prof. Eiselsberg, sławny chirurg wiedeński, został odznaczony doktoratem honorowym przez Uniwersytet Paryski.

Prof. Bernhard Zondek został mianowany dyrektorem oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala Rothschilda w Jerozolimie.

Zmarli.

Dr. Juljusz Szczucki, uczestnik powstania 63 roku, b. kierownik szpitala w Antoninach (Wołyń) zmarł w Szczekocinach pow. Włoszczowa w 84 roku życia.

Prof. Dr. Santiago Ramon y Cajal, laureat nagrody Nobla w r. 1906, znany z prac z dziedziny histologji, doktor honoris causa wielu uniwersytetów, zmarł w Madrycie dnia 17-go października b. r. w wieku lat 82.

Prof. Rosanow, jeden z największych chirurgów, zmarł w Moskwie.

Prof. Giacomo Novaro, znany chirurg zmarł w Turynie w wieku 91 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 6 listopada b. r. 1. Zaorski J. i Laskowski J.: Ulcus pepticum perforatum diverticuli Meckeli. 2. Higier H.: Neurologja i chirurgja a neurochirurgja; jej istota, zasady i kierunki.

XIII posiedzenie Wydz. Lek. Tow. Przyj. Nauk wspólnie z Oddz. Poznańskim Polsk. Tow. Higjenicznego, odbyło się w Poznaniu dnia 9 listopada 1934 r. w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. 1. Komunikaty Zarządu. 2. Wykłady: a) Zygmunt Zaleski: „Wskazania statystyczne dla lekarzy"; b) Leon Padlewski: „O obyczajach niezgodnych z zasadami higjeny"; c) Józef Wiza: „Jak się przedstawiają miejskie łazienki rzeczne z punktu widzenia higjeny"; r) Franciszek Witaszek: „Wartość izolacyjna cieplna tkanki odzienia harcerskiego".

II Kongres Narodowy Towarzystwa Radjo-Neuro-Chirurgicznego Włoskiego odbył się w dniach 30 i 31 października b. r. pod przewodnictwem prof. Donati.

Różne.

Z kraju.

A. Ravina, redaktor *La Presse Médicale* streszcza w piśmie tem, w obszernym artykule pracę Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Prof. Dr. I. Mościckiego o urządzeniach, pozwalających na stworzenie w odpowiednich zakładach miejskich warunków leczniczych, upodobnionych do warunków na wyżynach górskich, która to praca pojawiła się w Polskiej Gazecie Lekarskiej w Nr. 14 z dnia 1 kwietnia 1934.

Choroby zakaźne w Polsce we wrześniu. Wrzesień zaznaczył się silnem wzmaganiem zachorowań na dur brzuszny, którego nasilenie rośnie z każdym tygodniem. Czerwonka osiągnęła najwyższe liczby zachorowań w sierpniu (ostatni tydzień 1402 przypadków), każdy tydzień wrześniowy wykazuje spadek zachorowań. Silne wzmożenie wykazała płonica, błonica i odra (ta ostatnia tylko na południu). Krztusiec bardzo wzmożony na wschodzie i południu w pierwszym tygodniu września (560 przypadków) słabnie w nasileniu z każdym dalszym tygodniem (ostatni tydzień września 108 przypadków). W czterech tygodniach wrześniowych zanotowano 16 zachorowań na chor. Heine-Medina. (Wiad. Stat. Nr. 30. 1934).

Jugosławja.

W jugosłowiańskiem Ministerstwie Zdrowia i Polityki Społecznej utworzono osobny oddział dla zwalczania gruźlicy. Kierownikiem tego działu został doc. dr. J. Matko.

Anglja.

W Anglji śmiertelność matek przy porodzie wynosiła 3,85‰ w r. 1933, wobec 4,77‰ w r. 1932.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.